

И.И.Сергеев
Н.Д.Лакосина
О.Ф.Панкова

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ



Учебная литература



И.И.Сергеев, Н.Д.Лакосина,
О.Ф.Панкова

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Учебник для студентов медицинских вузов

*Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская
академия имени И.М.Сеченова»
в качестве учебника для студентов учреждений высшего
профессионального образования, обучающихся по дисциплине
«Психиатрия и наркология» по специальностям
060101.65 «Лечебное дело», 060103.65 «Педиатрия»,
060104.65 «Медико-профилактическое дело»,
060105.65 «Стоматология»*



Москва
«МЕДпресс-информ»
2009

УДК 616.89-008:616-08

ББК 56.14

С32

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Регистрационный номер рецензии 256 от 18 сентября 2008 г. ФГУ ФИРО.

Сергеев И.И.

С32 Психиатрия и наркология: Учебник / И.И.Сергеев, Н.Д.Лакосина, О.Ф.Панкова. — М. : МЕДпресс-информ, 2009. — 752 с. : ил.
ISBN 5-98322-498-0

Учебник подготовлен преподавателями кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета. Его содержание соответствует утвержденной программе по психиатрии и наркологии. Все симптомы, синдромы, диагностические рубрики, закономерности, варианты течения и исхода психических расстройств, вопросы их этиологии и патогенеза, терапии, прогноза и психопрофилактики изложены с позиций сопоставления у взрослых, детей и подростков. Особое внимание уделено психическим расстройствам, наиболее часто встречающимся в общемедицинской практике.

Учебник предназначен для студентов лечебного, педиатрического и других факультетов медицинских вузов.

УДК 616.89-008:616-08
ББК 56.14

ISBN 5-98322-498-0

© Сергеев И.И., Лакосина Н.Д.,
Панкова О.Ф., 2009

© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2009

***К 100-летию кафедры психиатрии
Российского государственного
медицинского университета***

Авторский коллектив

- И.И.Сергеев** — доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета (РГМУ).
- Н.Д.Лакосина** — доктор мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии РГМУ.
- О.Ф.Панкова** — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РГМУ.

Оглавление

Список сокращений	14
Предисловие	15
РАЗДЕЛ I. ПРОПЕДЕВТИКА ПСИХИАТРИИ	17
Глава 1. Основные положения психиатрии (И.И.Сергеев)	19
1.1. Предмет и задачи психиатрии	19
1.2. Основные особенности психиатрии и ее место в ряду других медицинских дисциплин	22
1.3. Психика в норме и патологии	24
Глава 2. Краткая история развития психиатрии (Н.Д.Лакосина)	27
Глава 3. Общие вопросы изучения психической патологии (И.И.Сергеев, Н.Д.Лакосина, О.Ф.Панкова)	40
3.1. Распространенность психических и поведенческих расстройств	40
3.1.1. Эпидемиологические исследования в психиатрии	40
3.1.2. Эпидемиологические данные о распространенности психических расстройств у детей и подростков	48
3.2. Классификация психических расстройств	50
3.2.1. Общие положения	50
3.2.2. Отечественная классификация психических расстройств ..	51
3.2.3. Разделы Международной классификации психических расстройств 10-го пересмотра	52
3.3. Общие закономерности динамики и исходы психических расстройств	53
Глава 4. Методы обследования психически больных (О.Ф.Панкова)	56
4.1. Клиническое психиатрическое обследование	56
4.1.1. Осмотр пациента и оценка психического статуса	59
4.1.2. Особенности психиатрического обследования детей и подростков	63
4.1.3. Дополнительные методы клинического обследования	65
4.2. Значение в психиатрии соматического и неврологического обследований	66
4.3. Экспериментально-психологическое обследование (психологическое тестирование)	68
4.4. Роль параклинических методов исследования	72
4.4.1. Инструментальные методы	72

4.4.2. Лабораторные методы	74
4.5. Генетические методы исследования	76
Глава 5. Организация психиатрической помощи и правовые аспекты психиатрии (О.Ф.Панкова)	78
5.1. Правовые основы оказания психиатрической помощи. Закон «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании»	78
5.2. Психиатрическая помощь взрослому населению	85
5.3. Организация психиатрической помощи детям и подросткам ..	91
5.4. Виды психиатрических экспертиз	93
РАЗДЕЛ II. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ	101
Глава 6. Семиотика психических расстройств (Н.Д.Лакосина)	103
Глава 7. Расстройства чувственного познания (И.И.Сергеев)	109
7.1. Расстройства ощущений, восприятий и представлений	109
7.1.1. Патология ощущений	109
7.1.2. Расстройства восприятия (иллюзии, психосенсорные расстройства)	111
7.1.3. Расстройства представлений (галлюцинации, или мнимовосприятия)	113
7.1.4. Диагностическое значение расстройств чувственного познания	118
7.2. Особенности расстройств чувственного познания у детей и подростков	120
Глава 8. Расстройства рационального (абстрактно-логического) познания (И.И.Сергеев, О.Ф.Панкова)	123
8.1. Расстройства формального мышления (ассоциативные расстройства)	123
8.2. Синдромы патологии мышления	134
8.2.1. Бред	134
8.2.2. Галлюцинаторно-бредовые синдромы	141
8.2.3. Сверхценные идеи	146
8.2.4. Навязчивости	147
8.3. Особенности расстройств рационального познания у детей и подростков	151
Глава 9. Расстройства внимания, памяти, интеллекта (Н.Д.Лакосина, О.Ф.Панкова)	156
9.1. Расстройства внимания	156
9.2. Расстройства памяти	158
9.3. Расстройства интеллекта (слабоумие)	161
Глава 10. Расстройства эмоций, воли, влечений (Н.Д.Лакосина, О.Ф.Панкова)	167
10.1. Аффективные расстройства	167

10.1.1. Симптомы эмоциональных нарушений	167
10.1.2. Синдромы аффективных расстройств	172
10.2. Особенности эмоциональных расстройств у детей и подростков	175
10.3. Симптомы волевых нарушений	180
10.4. Расстройства влечений	182
10.4.1. Симптомы расстройств пищевого влечения	182
10.4.2. Расстройства инстинкта самосохранения	184
10.4.3. Расстройства полового влечения	185
10.4.4. Нарушения влечений, связанные с расстройствами воли	185
10.4.5. Нарушения влечений, связанные с навязчивыми расстройствами	186
10.4.6. «Социализированные» формы нарушений влечения	186
10.4.7. Особенности расстройств влечений у детей и подростков	187
Глава 11. Психомоторные расстройства (Н.Д.Лакосина)	190
11.1. Симптомы и синдромы психомоторных расстройств	190
11.1.1. Ступорозные состояния	191
11.1.2. Состояния двигательного возбуждения	192
11.1.3. Особенности двигательных расстройств у детей и подростков	193
11.2. Навязчивые действия	195
11.3. Судорожные формы пароксизмов	196
Глава 12. Нарушения сознания и самосознания (Н.Д.Лакосина)	200
12.1. Расстройства сознания	200
12.1.1. Синдромы выключения сознания	203
12.1.2. Синдромы помрачения сознания	204
12.1.3. Синдромы нарушения сознания у детей и подростков	208
12.2. Расстройства самосознания	210
12.3. Нарушения самосознания у детей и подростков	213
Глава 13. Нарушения личности и поведения (О.Ф.Панкова)	215
13.1. Понятие личности, закономерности ее формирования	215
13.2. Патологическое (патохарактерологическое) развитие личности	218
13.3. Изменения личности при психических заболеваниях (психопатоподобный синдром)	221
13.4. Особенности патологического развития личности у детей и подростков	223
РАЗДЕЛ III. ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА	227
Глава 14. Биологическая терапия психических расстройств (И.И.Сергеев)	229
14.1. Психотерапевтика	229

14.1.1. Основные положения	229
14.1.2. Классификация психотропных средств	231
14.1.3. Варианты и принципы психофармакотерапии	248
14.2. Шоковые методы лечения	249
14.3. Другие методы биологической (немедикаментозной) терапии	250
14.4. Особенности психофармакотерапии у детей и подростков ..	251
Глава 15. Психотерапия, реабилитация и психопрофилактика психических расстройств (О.Ф.Панкова)	254
15.1. Основные методы психотерапии	254
15.2. Психотерапия у детей и подростков	272
15.3. Методы психопрофилактики и социальной реабилитации больных психическими расстройствами	277
15.3.1. Особенности реабилитации у детей и подростков	282
РАЗДЕЛ IV. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ	285
Глава 16. Психические расстройства при органических заболеваниях головного мозга, особенности течения у детей и подростков (Н.Д.Лакосина)	287
16.1. Психические нарушения при черепно-мозговой травме	287
16.1.1. Психические нарушения при ЧМТ у взрослых	287
16.1.2. Психические нарушения у детей и подростков	292
16.1.3. Этиология и патогенез	297
16.1.4. Диагностика и лечение	298
16.2. Психические нарушения при опухолях головного мозга	299
16.3. Психические расстройства при инфекционно-органических заболеваниях (менингоэнцефалиты)	304
16.4. Психические расстройства при сифилисе	308
16.5. Психические нарушения при СПИДе	312
Глава 17. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (И.И.Сергеев)	316
Глава 18. Психические расстройства позднего возраста (И.И.Сергеев)	324
18.1. Систематика психических расстройств позднего возраста ...	324
18.2. Функциональные психические расстройства позднего возраста	325
18.2.1. Климактерические неврозоподобные состояния	326
18.2.2. Инволюционные (пресенильные) психозы	329
18.2.3. Функциональные психозы предстарческого и старческого возраста	332
18.3. Атрофические заболевания головного мозга	335
18.3.1. Болезнь Альцгеймера с поздним началом (сенильная деменция)	335

18.3.2. Болезнь Альцгеймера с ранним началом (пресенильные деменции)	339
18.3.3. Болезнь Пика	340
Глава 19. Психические расстройства при соматических заболеваниях, особенности течения у детей и подростков (И.И.Сергеев, Н.Д.Лакосина)	344
19.1. Концепция экзогенного типа реакций	344
19.2. Соматогенные психозы	346
19.3. Непсихотические расстройства у соматически больных	348
19.3.1. Соматогенные неврозоподобные нарушения	348
19.3.2. Патологические реакции личности на соматические заболевания	350
19.3.3. Патологическое формирование личности при соматических заболеваниях	352
19.4. Особенности психических расстройств при некоторых соматических заболеваниях у взрослых	354
19.5. Особенности соматогенных психических нарушений у детей и подростков	357
19.6. Интоксикационные психические расстройства	359
19.6.1. Психические расстройства при острых интоксикациях ..	359
19.6.2. Психические расстройства при хронических интоксикациях	362
19.6.3. Диагностика и лечение	363
Глава 20. Эпилепсия (Н.Д.Лакосина)	365
20.1. Пароксизмальные расстройства	366
20.2. Изменения психики при эпилепсии	369
Глава 21. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (И.И.Сергеев)	376
21.1. Психопатология шизофрении	376
21.1.1. Негативные симптомы шизофрении	377
21.1.2. Продуктивная психопатологическая симптоматика	380
21.2. Классификация шизофрении	381
21.3. Клинико-динамические закономерности различных форм шизофрении	383
21.3.1. Непрерывнотекущая шизофрения	383
21.3.2. Рекуррентная (периодическая) шизофрения	386
21.3.3. Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения	387
21.3.4. Особые формы шизофрении	388
21.4. Возрастные особенности шизофрении	389
21.4.1. Особенности шизофрении у детей и подростков	389
21.4.2. Шизофрения с началом в позднем возрасте	394
21.5. Рубрикация шизофрении в МКБ-10	394
21.6. Этиология и патогенез	395

21.7. Диагноз и дифференциальный диагноз	397
21.8. Прогноз	399
21.9. Лечение и реабилитация	400
Глава 22. Аффективные расстройства, особенности течения у детей и подростков (Н.Д.Лакосина)	405
22.1. Маниакально-депрессивный психоз	405
22.2. Циклотимия	409
22.3. Аффективные расстройства у детей и подростков	409
22.4. Этиология и патогенез	411
22.5. Диагностика и лечение аффективных расстройств	411
Глава 23. Психогенные расстройства, особенности у детей и подростков (О.Ф.Панкова)	416
23.1. Психические расстройства, связанные со стрессом	419
23.1.1. Острая реакция на стресс (аффективно-шоковые реакции, психогенные адаптационные расстройства)	419
23.1.2. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) ..	422
23.1.3. Реактивные психозы	424
23.2. Невротические расстройства (неврозы)	436
23.2.1. Клинические проявления основных форм невротических расстройств	437
23.2.2. Этиология и патогенез невротиических расстройств	453
23.2.3. Диагностика невротиических расстройств	456
23.2.4. Терапия и психопрофилактика невротиических расстройств	458
23.2.5. Особенности невротиических расстройств у детей и подростков	461
Глава 24. Расстройства личности и поведения (психопатии) (И.И.Сергеев, О.Ф.Панкова)	466
24.1. Расстройства личности и поведения у взрослых	466
24.2. Особенности формирования расстройств личности и поведения в подростковом возрасте	484
Глава 25. Расстройства сексуального поведения (О.Ф.Панкова)	497
25.1. Границы нормы и патологии в сексуальной жизни человека	497
25.2. Расстройства половой идентификации	500
25.3. Расстройства сексуального предпочтения (парафилии)	503
25.4. Расстройство половой идентификации и сексуального предпочтения у детей и подростков	511
Глава 26. Патология психического развития (Н.Д.Лакосина)	513
26.1. Основные стадии психического развития. Значение возрастных кризов. Концепция асинхроний развития (дизонтогенеза)	513

26.2. Задержка темпа психического развития (замедление и искажение психического развития)	517
26.3. Ранний детский аутизм	523
Глава 27. Умственная отсталость (олигофрении) (Н.Д.Лакосина) ...	528
27.1. Степени умственной отсталости	529
27.2. Дифференцированные формы умственной отсталости	530
27.2.1. Олигофрении, обусловленные поражением хромосомного аппарата	530
27.2.2. Микроцефалии	532
27.2.3. Метаболические (энзимопатические) формы умственной отсталости	533
27.2.4. Экзогенно-обусловленные формы умственной отсталости	536
Глава 28. Психопатологические синдромы, характерные для детского и подросткового возраста (О.Ф.Панкова)	540
28.1. Расстройства психического развития	540
28.1.1. Специфические расстройства развития речи и языка	540
28.1.2. Специфические расстройства развития учебных навыков	543
28.2. Гиперкинетический синдром	545
28.3. Тики (тикозные расстройства)	548
28.4. Заикание	552
28.5. Расстройства физиологических отправлений	555
28.5.1. Неорганический энурез	555
28.5.2. Неорганический энкопрез	557
28.6. Расстройства поведения (гебоидный синдром)	559
28.7. Синдром дисморфофобии (дисморфомании)	562
28.8. Нервная анорексия	566
28.9. Психические нарушения у детей младшего возраста	574
Глава 29. Психические и поведенческие расстройства, связанные с нарушением физиологических функций и физическими факторами (О.Ф.Панкова)	580
29.1. Болевые проявления в клинике психических расстройств ...	580
29.2. Расстройства приема пищи (анорексия, булимия)	583
29.3. Расстройства сна	588
29.4. Психосексуальные расстройства	592
29.5. Расстройства, связанные с репродуктивной функцией у женщин	599
29.6. Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости	603
29.7. Соматизированные и соматоформные расстройства	606
Глава 30. Ургентные состояния в психиатрии (О.Ф.Панкова)	611
30.1. Психомоторное возбуждение	612
30.2. Тяжелые формы делирия	615

30.3. Фебрильная шизофрения	619
30.4. Осложнения психофармакотерапии	621
30.5. Отказ от еды	623
30.6. Суицидальное поведение	624
30.7. Эпилептический статус	628

РАЗДЕЛ V. НАРКОЛОГИЯ 631

Глава 31. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (О.Ф.Панкова) 633

31.1. Наркология. Предмет и задачи. Основные понятия, критерии диагностики болезней зависимости, механизмы формирования	633
31.2. Этиология и патогенез расстройств, обусловленных зависимостью от ПАВ	637
31.3. Эпидемиологические данные о распространенности алкоголизма и других видов химической зависимости (наркоманий и токсикоманий)	643
31.4. Эпидемиологические данные о распространенности алкоголизма и других видов химической зависимости (наркоманий и токсикоманий) у несовершеннолетних	645

Глава 32. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (О.Ф.Панкова) 647

32.1. Острая алкогольная интоксикация	648
32.2. Алкогольная зависимость (алкоголизм)	652
32.3. Особенности алкоголизма в зависимости от пола и возраста	662
32.3.1. Алкоголизм у женщин	662
32.3.2. Алкоголизм с началом в пожилом возрасте	663
32.3.3. Формирование и течение алкоголизма в подростковом возрасте	664
32.4. Вторичный (симптоматический) алкоголизм	665

Глава 33. Алкогольные (металкогольные) психозы (О.Ф.Панкова) .. 668

33.1. Алкогольный делирий (delirium tremens)	668
33.2. Алкогольные галлюцинозы	672
33.3. Бредовые психозы	673
33.4. Алкогольные энцефалопатии	674

Глава 34. Наркомании и токсикомании (О.Ф.Панкова) 678

34.1. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов	678
34.2. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов	683
34.3. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина и других психостимуляторов	687

34.4. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления галлюциногенами	693
34.5. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных и снотворных средств	697
34.6. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей (ингалянтов)	700
34.7. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления табаком	705
Глава 35. Лечение наркологических заболеваний и реабилитация больных (О.Ф.Панкова)	708
35.1. Современные подходы к лечению наркологических заболеваний	708
35.2. Лечение алкоголизма	711
35.2.1. Лечение острой алкогольной интоксикации	711
35.2.2. Оказание помощи при алкогольном абстинентном синдроме	712
35.2.3. Лечение алкогольных (металкогольных) психозов	714
35.3. Лечение наркоманий и токсикоманий	715
35.3.1. Лечение острых отравлений наркотиками и другими веществами, относимыми к ПАВ	715
35.3.2. Купирование абстиненции и лечение постабстинентных расстройств при наркоманиях и токсикоманиях	717
35.4. Формирование ремиссии и противорецидивная поддерживающая терапия	720
35.5. Организация оказания наркологической помощи	724
ПРИЛОЖЕНИЯ	726
Приложение 1. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)	726
Приложение 2. Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	731
Литература	739
Алфавитный указатель	741

Список сокращений

ААС – алкогольный абстинентный синдром
АД – артериальное давление
КТ – компьютерная томография
КЭК – контрольно-экспертная комиссия
МДП – маниакально-депрессивный психоз
МРТ – магнитно-резонансная томография
МСЭК – медицинская социально-экспертная комиссия
ПАВ – психоактивное вещество
ПНД – психоневрологический диспансер
ПМПК – психолого-медико-педагогическая комиссия
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство
ПЭГ – пневмоэнцефалография
ПЭП – перинатальная энцефалопатия
ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография
РДА – ранний детский аутизм
РИБТ – реакция иммобилизации бледных трепонем
РИФ – реакция иммунофлуоресценции
РЭГ – реоэнцефалография
СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью
СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ТЦА – трициклические антидепрессанты
УЗИ – ультразвуковое исследование
ХБС – хронический болевой синдром
ЦНС – центральная нервная система
ЧМТ – черепно-мозговая травма
ЧС – чрезвычайная ситуация
ФКУ – фенилкетонурия
ЭЭГ – электроэнцефалография
ЭСТ – электросудорожная терапия

Предисловие

Учебник написан преподавателями кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета. Фактически, это новый учебник. По сравнению с предыдущими изданиями учебника «Психиатрия», вышедшими в свет в 1995 и 2002 гг., изменился коллектив авторов, заново написаны более половины глав, остальные переработаны и дополнены.

Учебник составлен в соответствии с официальной программой по психиатрии и наркологии. Все разделы общей психопатологии и частной психиатрии и наркологии представлены в нем в сравнительно-возрастном аспекте. Многолетний опыт преподавания психиатрии студентам лечебного, педиатрического и других факультетов привел авторов к твердому убеждению, что сопоставление психических расстройств в разных возрастных периодах способствует более прочному усвоению основ психиатрии.

Учебник включает такие фундаментальные понятия, как «психическая деятельность», «психическое здоровье», «психические расстройства», «разграничение психики в норме и патологии». Показано место, которое занимает психиатрия в ряду медицинских дисциплин, обоснована ее актуальность для студентов-медиков. В учебнике использована современная классификация психических и поведенческих расстройств с учетом отечественных традиций. Впервые для будущих врачей приведены подробные данные по эпидемиологии психических расстройств, вынесенные в отдельную главу. Представлены новые данные по общей психопатологии, частной психиатрии, этиологии, патогенезу, диагностике, прогнозу, терапии и психопрофилактике. В учебнике нашли отражение актуальные психиатрические концепции и клинико-динамические закономерности психических нарушений в свете современного патоморфоза. Значительное внимание уделено психическим расстройствам при различных соматических заболеваниях, общих и мозговых инфекциях, интоксикациях и воздействии других биологических и психологических патогенных факторов. Существенное место занимают вопросы организации психиатрической помощи, в том числе неотложной психиатрии, все виды психиатрических экспертиз.

Помимо выделения в каждой главе клинических особенностей психических расстройств у детей и подростков, в учебнике представлена большая самостоятельная глава, посвященная синдромам, наиболее характерным или начинающимся в детском и подростковом возрасте. Часть этой главы посвящена психическим расстройствам раннего детского возраста, которые прежде отсутствовали в учебниках для студентов медицинских вузов. Важное значение для будущих врачей различ-

ных специальностей будет иметь новая глава «Нарушения физиологических функций и поведенческие синдромы, связанные с физическими факторами, как проявления психической патологии». Существенно расширен раздел «Наркология».

Все клинические главы включают разделы, посвященные выявлению различных психических расстройств и их диагностической значимости, что будет способствовать формированию у студентов практических навыков, необходимых в дальнейшей самостоятельной работе. Краткие клинические примеры также служат практической направленности основного содержания учебника и помогают усвоению теоретического материала.

Учебник предназначен для студентов всех факультетов медицинских вузов, а также преподавателей, клинических ординаторов, интернов, аспирантов и молодых врачей.

Раздел I.

**ПРОПЕДЕВТИКА
ПСИХИАТРИИ**

Глава 1.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПСИХИАТРИИ

1.1. Предмет и задачи психиатрии

Психиатрия — область медицины, к компетенции которой относятся психические (душевные) расстройства, их проявления, динамика и исходы, этиология и патогенез, лечение и профилактика. «Психиатрия выполняет роль, выходящую за пределы ее собственных задач — роль объединения медицинских знаний» (Кербиков О.В., 1971).

Почти весь период обучения студенты-медики изучают телесные, соматические расстройства, и лишь малая часть отводится изучению души, идеальной стороне личности. К ней относят психиатрию и отчасти медицинскую (клиническую) психологию.

К числу важнейших и фундаментальных понятий не только медицинского, но и философского масштаба относятся больная и здоровая психика. Лаконичной и общепризнанной характеристики психики до сих пор не существует вследствие ее сложности, неоднозначности, различий в подходах, методологии и интерпретации научных исследований.

Одно из наиболее удачных определений человеческой психики приведено в 3-м издании Большой медицинской энциклопедии. Психика (греч. *psyche* — душа) — форма активного отображения субъектом объективной реальности, возникающая в процессе взаимодействия высокоорганизованных живых существ с внешним миром и осуществляющая в их поведении (деятельности) регулятивную функцию*.

Психика отождествляется с такими принципиальными понятиями, как «сознание», «мышление», «познание», «идея», «дух», и понимается как особое свойство высокоорганизованной материи, состоящее в отражении объективной действительности в форме идеальных образов. Психика не материальна, а идеальна, но вне и не независимо от материи психическая деятельность функционировать не может. Выдающийся немецкий психиатр В.Гризингер (1845) утверждал, что душевные бо-

* БМЭ. — 3-е изд. — Т. 21. — С. 313.

лезни — это болезни мозга и во многом основаны на рефлекторной деятельности.

Существует множество обстоятельств, которые диктуют необходимость усвоения основ психиатрии будущими врачами. Прежде всего это высокая распространенность психических расстройств. Общий показатель психических нарушений у взрослых в России составляет 10%. Из других показателей высокой потребности в психиатрической помощи в РФ нужно назвать следующие:

- число обратившихся к психиатрам в РФ за 2006 г. — 4 млн 250 тыс. человек;
- общее количество психиатрических коек 142 тыс.;
- количество психиатрических больниц в России — 270. Из них значительную часть составляют крупные психиатрические стационары с коечным фондом на 1—2 и даже 3 тыс. пациентов;
- психиатрия располагает разветвленной сетью психоневрологических диспансеров, охватывающих все регионы (всего их 254). К ним следует добавить 2200 психоневрологических кабинетов;
- по данным организаторов здравоохранения, из всех медицинских дисциплин психиатрия занимает 3-е место по суммарной значимости после кардиологии и онкологии;
- общие затраты в России на организацию психиатрической помощи составляют 2% валового внутреннего продукта (Ястребов В.С., 2006), что сопоставимо с расходами на образование и культуру.

О значимости психиатрии в ряду медицинских дисциплин косвенно свидетельствует то обстоятельство, что в ряде стран выпускной экзамен по психиатрии у студентов-медиков относится к числу основных. В некоторых странах основательная подготовка по психиатрии — обязательное условие приема на врачебную работу.

Обобщающие свойства психической деятельности заключаются в следующем:

- активное и адекватное отображение объективной действительности;
- психика присуща лишь высокоорганизованным живым существам в ходе их взаимовлияния с внешним миром;
- социальная и биологическая обусловленность психической деятельности, выражающейся в последовательном формировании психики на основе нейрофизиологических процессов;
- исторически сложившиеся потребности и способности, становление такого фундаментального понятия психической деятельности, как сознание, качественно отличного от человеческой психики;
- возникновение в сознании идеальных образов, мировосприятия, целостной картины действительности, опосредованных психическими процессами (восприятиями, представлениями, понятиями, памятью, эмоциями, мышлением, интеллектом, волей);
- отделение себя от остальной действительности, противопоставление «Я» — «не Я», формирование самости;

- определенная автономность (самостоятельность) психики;
- способность планирования, предвидения, предвосхищения событий;
- ориентация в окружающем, регулирование деятельности, обеспечивающей приспособляемость к меняющейся обстановке, адаптации к ней; способность к сосуществованию с себе подобными;
- способность к овладению новыми навыками, знаниями, умениями, обучаемость, накопление опыта и проверка его практикой;
- самокритичность как важное свойство и условие успешной биологической и социальной адаптации.

Предметом психиатрии является больной человек, изменения его аномальной психики.

Еще одна формулировка, более полно отражающая сущность психики: «Психика представляет собой наиболее совершенную форму внутренней, субъективной, идеальной деятельности, которая за счет пересочетания субъективных категорий (образов впечатлений, образов представлений, понятий) обеспечивает построение адекватных суждений и умозаключений о внешнем мире, о себе самом и о своих отношениях с миром не только непосредственно, но и опосредованно, отвлеченно, вне прямых контактов с соответствующими объектами окружающей действительности» (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1976).

К основным задачам психиатрии относятся:

- выявление и регистрация психически больных;
- диагностика и определение прогноза психических расстройств;
- при необходимости активное динамическое наблюдение за больными или консультативная помощь при самостоятельном обращении в психиатрические учреждения;
- проведение лечебных и психопрофилактических мероприятий;
- осуществление трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертизы;
- социальная реабилитация и реадaptация психически больных;
- юридическая помощь и правовая защита психически больных;
- выявление социально опасных психически больных и по показаниям осуществление недобровольной госпитализации;
- использование средств массовой информации и других средств для формирования адекватного отношения общества к психически больным;
- разработка этиопатогенетических механизмов психических расстройств.

В психиатрии принято выделять несколько разделов, основанных на различных принципах.

Прежде всего различают общую психопатологию и частную психиатрию. Общая психопатология включает проявления (симптомы и синдромы) психических расстройств, общие закономерности течения и исходов, общие вопросы этиологии и патогенеза, диагностики, прогноза, терапии и профилактики психических нарушений.

Частная психиатрия посвящена отдельным формам болезненных психических изменений, или, как теперь принято, вместо психических болезней, нозологических единиц пользоваться понятиями «диагностическая рубрика», «диагностическая категория», рассматривая их в едином аспекте с симптоматологией, динамикой, патогенетическими механизмами, прогнозом, терапией и предупреждением.

По возрастному принципу в особые разделы в основном сформировались детская и подростковая психиатрия (с момента зачатия до 18 лет) и психиатрия позднего возраста (с 55–60 лет и старше).

Различают большую и малую, или пограничную, психиатрию. К первой относятся психозы — грубые и тяжелые расстройства психической деятельности и поведения, ко второй — непсихотические нарушения (относительно неглубокие и преимущественно функциональные нарушения психики, особенно неврозы и расстройства личности). На известную самостоятельность претендуют вопросы психиатрической экспертизы — трудовой, военной, судебной. Наделены в разной степени самостоятельными правами наркология и психотерапия.

1.2. Основные особенности психиатрии и ее место в ряду других медицинских дисциплин

Врачи-непсихиатры нередко весьма скептически относятся к методам обследования и диагностики, используемым в психиатрии, считая их субъективными и произвольными. Действительно, возможности, информативность параклинических обследований психически больных ограничены. В настоящее время широко распространена переоценка возможностей параклинических исследований, их надежности и достоверности в ущерб клиническим методам, а применительно к психиатрии — клинко-психопатологическому способу изучения психических расстройств. Психиатрия остается чуть ли не единственной из медицинских дисциплин, при которой клинический (клинко-психопатологический) метод полностью сохранил свое значение в качестве основного. Оценка психического состояния больных основывается на расспросе, детальном сборе анамнеза, наблюдениях лиц, хорошо знающих больного. Эти сведения часто называют объективными, что справедливо лишь отчасти. Существуют симптомы, которые удастся выявить преимущественно или исключительно с помощью наблюдения (например, кататонический ступор, разорванная речь, расстройства поведения), другие — полностью основаны на сведениях, получаемых от пациента или врача. Так, симптом открытости, деперсонализация, суицидальные мысли распознаются в основном благодаря тем сведениям, которые сообщает больной врачу.

Стоит отметить, что клинко-психопатологический метод отличается изощренностью и тонкостью. Он детально разработан, и меньшая точность диагностики в психиатрии, по сравнению с другими медицин-

скими специальностями, не может считаться доказанной, несмотря на упреки в субъективизме.

Не менее своеобразны и некоторые методы лечения психически больных. Используется электросудорожная терапия (ЭСТ). При этом на мозговые структуры действуют короткими импульсами постоянного или переменного электрического тока, что нередко вызывает эпилептиформный припадок. До сих пор применяется инсулинокоматозная терапия с многократным введением высоких доз инсулина, приводящих к глубокой гипогликемии. Относительно недавно использовалась пиро- и маляротерапия (прививки 3-дневной малярии при прогрессивном параличе — после нескольких лихорадочных приступов проводилось противомаларийное лечение). Наряду с интенсивной, чисто биологической терапией, в психиатрии существует целое направление, основанное на лечении преимущественно психологическими приемами (многочисленные методы психотерапии). Всего их насчитывают более 700.

К особому направлению относится соматопсихиатрия, сближающая психиатрию с общей медициной (вследствие многих особенностей психиатрия до некоторой степени стоит особняком от других медицинских специальностей). Соматопсихиатрия включает разнообразные психические расстройства, вплоть до соматогенных психозов (грубых расстройств психической деятельности, обусловленных висцеральной патологией). Последствия соматогенных психозов порой бывают самыми серьезными и даже трагическими. Так, в послеоперационной палате кардиохирургической клиники, находясь в состоянии психомоторного возбуждения, больной начал перепрыгивать с койки на койку, падая на недавно прооперированных больных.

Возможна агрессия соматически больных под влиянием бреда и галлюцинаций. В течение года в соматических стационарах Москвы несколько десятков человек совершили самоубийства. В этих случаях возможно привлечение врача к судебной ответственности.

Существуют многочисленные соматизированные, психосоматические расстройства, в становлении и динамике которых существенная роль принадлежит эмоциональному стрессу и личностным факторам. Психосоматические расстройства в значительной мере относятся к компетенции психиатрии.

Студенты медицинских вузов, избрав хирургию или иную непсихиатрическую специальность, нередко скептически относятся к психиатрии, полагая, что она им не понадобится. Это безусловное заблуждение. Врач любой специальности, занимающийся клинической практикой, не раз и не два столкнется с различными психиатрическими проблемами и должен будет принимать ответственные решения. Еще одна иллюзия состоит в том, что при необходимости всегда можно воспользоваться помощью, хотя бы консультативной, врача-психиатра. Даже в крупных стационарах соматического профиля в штате больницы не всегда есть

психиатр. Возможности такой помощи нередко ограничиваются разовыми консультациями.

Перечисленные разнообразные психиатрические проблемы, которые в перспективе придется решать выпускникам медицинских вузов, независимо от избранной ими специальности, в значительной мере упрощаются в связи с изучением основ психиатрии. Курс психиатрии должен научить:

- распознавать важнейшие признаки (симптомы и синдромы) психических расстройств;
- определять психические расстройства, требующие экстренной психиатрической помощи, недобровольной госпитализации, а также устанавливать способы ее осуществления;
- уделять особое внимание соматопсихиатрии и психосоматическим аспектам;
- использовать ряд психотерапевтических методик;
- контактировать с психически больными, изжить страх перед ними, выявлять признаки социальной опасности;
- правильно оформлять медицинскую документацию;
- знать основные положения Закона РФ о психиатрической помощи.

Следует развеять еще одно заблуждение, касающееся положения и прав психически больных. Укоренившиеся в обществе и врачебной среде представления об особо неблагоприятных условиях содержания и чрезмерных притеснениях в психиатрических больницах сильно преувеличены. Многие психиатрические учреждения по условиям быта, степени свободы, организации досуга не уступают, а подчас и превосходят учреждения общемедицинского, соматического профиля.

1.3. Психика в норме и патологии

Психическую патологию характеризуют как выход за оптимальные границы нормы, связанной с изменениями наиболее приемлемой меры адаптационной саморегуляции высокоорганизованного живого существа или с чрезвычайными внешними влияниями (Бачерников Н.Е., 1989).

Разграничение психического здоровья и психических расстройств — сложный и актуальный вопрос психиатрии. Гипердиагностика психических расстройств чревата негативными медицинскими, юридическими, социальными, экономическими и иными последствиями. Разделение только на здоровую и патологическую психику было бы упрощением. Многие психиатры обоснованно подчеркивают существование промежуточных ступеней, «плавных переходов» от здоровой к больной психике. По формулировке ВОЗ, здоровье представляет собой «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». По мнению Г.К.Ушакова (1975), к наиболее существенным критериям психической нормы относятся:

- детерминированность психических явлений, их необходимость, упорядоченность;
- психическая зрелость;
- чувство стабильности (константности) места пребывания;
- максимальная близость субъективных образов отражаемым объектам действительности;
- адекватность реакций индивида биологическим, психическим, физическим воздействиям;
- соответствие психических и физических реакций силе, частоте и длительности внешних раздражителей;
- соответствие уровня притязаний фактическим возможностям;
- способность приспосабливаться к самому себе и к окружающим;
- критическая оценка внешних и внутренних факторов;
- способность саморегуляции поведения с учетом меняющихся обстоятельств;
- чувство постоянства и отождествления в сходных обстоятельствах, способность изменять поведение адекватно изменениям ситуации;
- способность предвидеть, планировать и реализовывать линию жизни;
- обучаемость, способность приобретения и использования нового опыта и навыков, их проверка практикой.

Не менее сложным, чем характеристика здоровой психики, является понятие психической болезни. По одной из распространенных формулировок, при всей ее упрощенности и даже наивности, под психическим заболеванием понимают отсутствие психического здоровья. При втором подходе, восходящем к далекому прошлому, психическая болезнь определяется через наличие страдания. Выделяются группы людей, которые имеют основания обратиться к врачу. Однако такая трактовка психической болезни применима далеко не ко всем, кого считают психически больными окружающие. Еще один подход: понимание сущности болезни с позиций психопатологии. Психическому расстройству присуще «как явное нарушение частных функций, так и общей продуктивности» (Леви В.Л., 1953). Диагноз психической болезни ставят при выявлении бреда, галлюцинаций, резко выраженных колебаний настроения и других значительных нарушений психических функций.

К признакам патологичности психики могут быть отнесены следующие:

- возможность психопатологической квалификации расстройств;
- выход ответных реакций по выраженности, длительности и качественным особенностям за рамки допустимых неблагоприятных воздействий;
- самооценка психических проявлений как болезненных, активное обращение за психиатрической помощью;
- дисбаланс, недостаточная координированность психических функций;

- наличие психических проявлений, не свойственных нормальной психике;
- выраженное усиление, ослабление, вплоть до выпадения или извращения, психических проявлений;
- недостаточная социальная адаптация;
- повышенная, усиленная чувствительность к внешним влияниям или аффективность;
- признаки неполной обратимости, тенденции к прогрессированию психотических проявлений;
- спонтанное, аутохтонное существенное изменение психического состояния при отсутствии определяемых внешних и внутренних раздражителей;
- изменения поведения, выходящие за рамки частых, привычных и нормативно приемлемых форм поведения;
- лабильность, изменчивость психических процессов;
- способы поведения, создающие угрозу субъекту или окружающим;
- недостаточная способность к самокоррекции применительно к меняющимся условиям бытия;
- недостаточная пластичность или чрезмерная устойчивость, инертность психических проявлений;
- повторение ошибочных действий (Ушаков Г.К., 1975; Сергеев И.И., 2003).

Идеальных, полностью гармоничных людей не существует, или они встречаются редко. При разграничении психической нормы и патологии приходится учитывать результаты научных разработок, клинический опыт и здравый смысл.

Глава 2.

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ

Психиатрия — древняя наука, еще 4000 лет до нашей эры жрецы египетских храмов лечили больных от тоски, а в индусских книгах — Ведах (XV—XIV вв. до н.э.) — сообщалось, что жрецы в Индии лечили душевнобольных, связывая происхождение болезней с одержимостью: жрецы изгоняли из них бесов.

В древний греко-римский период в произведениях и мифах уже упоминаются термины «мания», «меланхолия», «паранойя». Ксенофонт принадлежит фраза: «В здоровом теле — здоровый дух». Наслаждения, радость, смех, огорчения, печаль, недовольство, страхи, состояние бреда, безумия и тревог Гиппократ и Пифагор ставили в зависимость от меняющихся состояний мозга. В соответствии с гуморальной теорией Гиппократа, психические болезни объясняли «дискразией» — нарушением смещения жидкостей в организме. В работе «О священной болезни» Гиппократ уже различал идиопатическую и симптоматические формы эпилепсии (термин «эпилепсия» введен позднее Авиценной), описал различные формы ауры, влияние возраста, температуры, менструаций, времени года на течение «священной болезни».

С возникновением христианства дуализм стал его основой в форме противопоставления временной жизни на земле и блаженной жизни души в царстве небесном. В Евангелии говорится о душевнобольных как о бесноватых и одержимых. Иисус Христос, как видно из Евангелия, «изгонял» злых духов из больных.

Во второй половине средних веков Западная Европа вступила в один из мрачных периодов своей истории. Началом этого периода следует считать буллу — послание папы Иннокентия VIII (1484), которое предписывало разыскивать и предавать суду людей, отдавших себя во власть демона, к ним причислялись и психически больные. Несомненным доказательством виновности считалось «чистосердечное признание обвиняемых». Многочисленные признания создавали атмосферу коллективной внушаемости и широкого распространения демономаний. Среди женщин, особенно в женских монастырях, наблюдались массовые истерические эпидемии. Нет точных данных о том, сколько людей,



Ф.Пинель

в том числе психически больных, погибли на «священных» кострах инквизиции, — наверное, не меньше, чем в кровопролитных войнах того времени. Известно, что в одном только округе Кома ежегодно сжигались до 1000 «колдунов и колдуний», и среди них огромное число психически больных.

Лютеранство поддерживало католицизм: «По моему мнению, — говорил Лютер, — все умалишенные повреждены в рассудке чертом. Если же врачи приписывают такого рода болезни причинам естественным, то происходит это потому, что они не понимают, до какой степени могуч и силен черт».

Однако остановить развитие науки невозможно и постепенно происходит решительный сдвиг в общественном сознании и

отношении к психически больным.

Славу реорганизатора психиатрической помощи в период французской революции приобрел Ф.Пинель. Поступив в 1792 г. врачом в парижский приют для умалишенных Бисетр, он выхлопотал у революционного конвента разрешение снять цепи с душевнобольных, превратив тем самым психиатрические заведения из мест тюремного заключения в лечебные учреждения.

В Киеве еще в X в. существовала организация призрения «нищих, странных и убогих людей». Среди монахов Печерского монастыря упоминается Григорий-чудотворец, который исцелял бесноватых и имел дар внушать то, что он хочет. Среди монастырских строений имелась уже «крепкая темница» для содержания беспокойных психически больных.

Судный закон князя Владимира (X в.) содержит ряд статей о психически больных. В главе «О завещании» говорится, что завещатель должен быть в здравом уме и твердой памяти. Закон запрещал «свидетельствовать на суде» несовершеннолетним, глухим, немым, «бесноватым и блудникам».

В 1551 г. на Стоглавом соборе, созванном царем Иваном IV, признана необходимость заботы о нищих, больных, в том числе тех, что «одержимы бесами и лишены разума», и решено помещать их в монастыри.

Указом Петра I от 5 сентября 1722 г. о «сумасбродных и под видом изумления бывающих...» повелевалось «...отныне в монастыри не посылать», а строить для них специальные дома. В 1756 г. в госпитале, построенном Петром I в Лефортове, императрицей Елизаветой были определены специальные «особливые покои» для психически больных. Петр III издал указ о строительстве долгаузов — специальных учреждений для размещения психически больных. Строительством долгаузов в дальнейшем занималась специальная комиссия при Академии наук.



Ж.Эскироль



В.Гризингер

Наряду с развитием и совершенствованием психиатрической помощи больным продолжали развиваться и научные исследования в области психиатрии, накапливались представления об особенностях течения и причинах психических заболеваний.

В 1822 г. А.Бейлю удалось установить связь между психическими расстройствами и параличом. Он раскрыл варианты течения, особенности бреда, предвестники прогрессивного паралича. В 1906 г. А.Васерман предложил серологическую реакцию, которая оказалась положительной в крови и ликворе почти у 100% больных прогрессивным параличом. В.А.Гиляровский (1908) на основании данных патоморфологического исследования утверждал сифилитическое происхождение прогрессивного паралича. В 1912 г. Х.Ногучи сообщил об обнаружении бледной спирохеты в ткани мозга больных прогрессивным параличом.

Один из основоположников французской научной психиатрии Ж.Эскироль (1772–1840), в точности повторивший путь своего учителя Ф.Пинеля, явился основателем клинко-нозологического направления в психиатрии. Им было создано учение о мономаниях, показаны различия между иллюзиями и галлюцинациями, введены понятия ремиссии и интермиссии. Эскиролю принадлежит разделение слабоумия и малоумия: слабоумный — разорившийся богач, тогда как малоумный (идиот) — нищий от рождения.

В 1852 г. Ж.Фальере выделил «циркулярное помешательство» — болезнь, которая характеризуется чередованием маниакальных и меланхолических состояний со светлыми промежутками; предложил первую систематику поэтапного развития бреда.

Формированию основных исследовательских направлений в немецкой психиатрии предшествовал почти 30-летний спор «психиков» и «соматиков». Общий принцип соматиков состоял в утверждении того, что психические болезни являются болезнями всего организма. «Сома-

тики» победили, что явилось стимулом для развития немецкой клинической психиатрии.

До В.Гризингера (1817–1868) патологические состояния психики рассматривались как болезни. По его мнению, психические состояния (мания, меланхолии и др.) не являются болезнями, а лишь симптомами мозгового процесса. В.Гризингер проводит мысль, что в клиническом плане психотические картины не представляют собой болезни, они лишь состояния — стадии единого психоза, имеющего определенный исход.

М.Морель в 1857 г. выступил с концепцией вырождения. Процесс вырождения идет непрерывно в строгой последовательности. В первом поколении преобладает нервный темперамент, во втором — появляются идиопатические мозговые болезни (апоплексия, алкоголизм) либо невроты; в третьем — склонность к психическим болезням становится врожденной, а в четвертом поколении можно наблюдать разнообразные, включая интеллектуальные, моральные и физические, органические по своей сути дефекты (врожденное слабоумие, физические аномалии и уродства). Устранить вырождение может только система организованной борьбы, создание которой является обязанностью всего общества и государства. Иными словами, М.Морель обосновал необходимость профилактического направления в психиатрии.

Трудно переоценить заслуги И.М.Балинского — основоположника петербургской школы психиатров. Ему принадлежит первое изучение отличий бреда от заблуждений и от фанатических религиозных убеждений, введение в клинику понятий кристаллизации бреда и навязчивой идеи, систематических изложений дефектов воспитания и их роли в формировании патологических качеств личности.

П.Жане заложил основы учения о психастении и о психогенной природе истерии. Ж.Шарко дал новую трактовку многим клиническим проявлениям истерии, называя ее психозом. Г.Бирд в 1879 г. описал неврастению.

К.Вернике эмпирически выделил три системы — систему окружающих средовых влияний (аллос), систему телесных восприятий (сома) и систему накопленного индивидуумом опыта и впечатлений (аутос) и соответственно различал три вида ориентировки: аллопсихическую (в окружающем), соматопсихическую (в телесных ощущениях) и аутопсихическую (в состоянии психических процессов).

По аналогии с этим и психозы систематизированы К.Вернике в три основные группы: аллопсихозы (например, белая горячка), соматопсихозы (ипохондрия) и аутопсихозы (паранойя, меланхолия и др.). В случаях, когда точно вычленить преобладающую систему невозможно, Вернике предлагал отличать психозы путем оценки состояний двигательной заторможенности или возбуждения. Систематика этих состояний проводится на основании разделения «двигательных» психозов на акинетические, гиперкинетические и паракинетические. По завершении острого периода «двигательного психоза» возникает возможность



В.Х.Кандинский



С.С.Корсаков

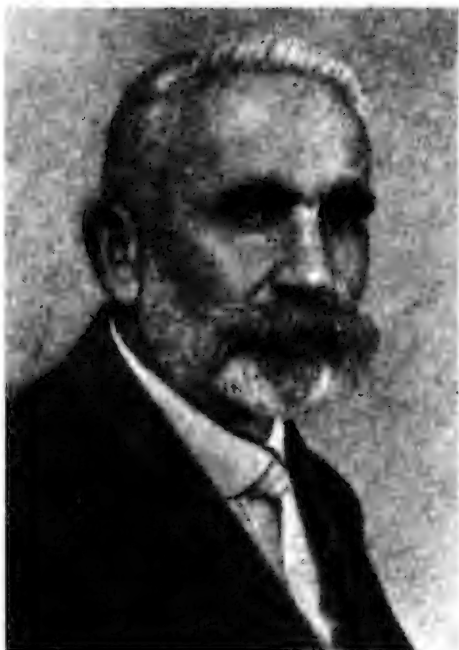
квалифицировать состояние больного по предшествующей схеме. Вернике впервые в психиатрии ввел понятие «сверхценные идеи», дал описание пресбиофрении и алкогольного галлюциноза.

Завершая процесс систематизации галлюцинаторных явлений, выдающийся русский психиатр В.Х.Кандинский (1849–1889) подверг пересмотру «психические», или «неполные галлюцинации» Байарже, «ложные галлюцинации» Миша, «апперцептивные галлюцинации» Кальбаума, «псевдогаллюцинации» Гагена, «внутренние голоса» Грингера и на основе собственного клинического опыта создал классическое учение о псевдогаллюцинациях.

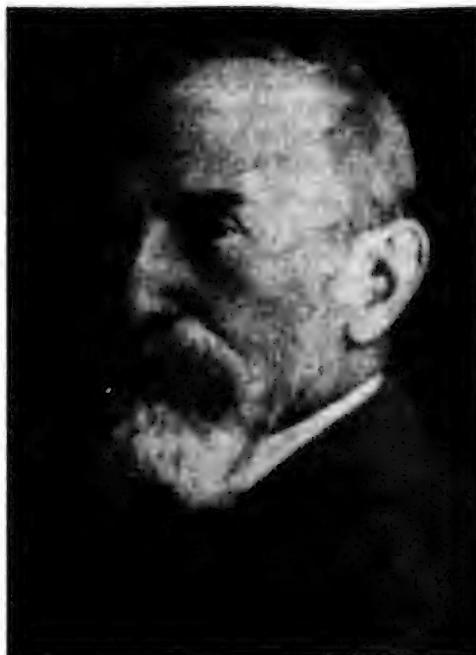
С.С.Корсаков описал в 1887 г. клиническую картину новой болезни — алкогольного полиневрита, в структуре которого ведущее место занимает сложный амнестический синдром. По предложению Жолли, новая болезнь была названа «корсаковской болезнью».

В опубликованном Корсаковым курсе психиатрии в разделе психозы и психопатические конституции выделяется «остро развивающееся бессмыслие» — *amentia maynerti*, *disnoia* — и приводятся его варианты: острое бредовое бессмыслие, или острое галлюцинаторное помешательство, острое ступорозное бессмыслие и первичное острое слабоумие. Иными словами, Корсаков дал подробное описание выделенной в дальнейшем шизофрении и ее вариантов.

К.Кальбаум впервые предложил термин «симптомокомплекс» и большинство традиционных болезней рассматривал лишь в качестве «симптомокомплекса». Понятие психической болезни, по его мнению, является более сложным и включает взаимопроникновение симптоматической (психопатологической) сущности и клинического течения. Типичным для болезни К.Кальбаум считал превращение клинической картины: переход мании в меланхолию или в состояние бреда, спутанности, а в конечном счете — в слабоумие.



Э.Крепелин



Е.Блейлер

Исследование состояний атонической (ступорозной) меланхолии позволило К.Кальбауму исключить ее из группы меланхолий и назвать кататоническим состоянием (однообразные позы, стереотипные движения, негативизм, явления восковой гибкости, головные боли, часто туберкулез). Маниакальная стадия кататонии выражалась патетическим поведением больного, возбуждением с налетом театральности, декламирующей речью, бессмысленным набором слов (вербигерация) или немотивированным молчанием (мутизм). Так родилось учение о кататонии.

Э.Крепелин (1856—1926) показал, что диагностика психической болезни на основании оценки только синдрома («поперечного среза») методически необоснованна. «Лишь вся картина болезни в ее совокупности, — подчеркивал Крепелин, — на протяжении ее развития от начала до конца, может дать право для объединения данного состояния с другими. Течение и исход болезни соответствуют ее биологической сущности».

Э.Крепелин пересмотрел клинические рамки ряда болезненных состояний, взяв за основу критерий прогностики, он объединил состояния кататонии, гебефрении и бреда, завершающиеся своеобразным слабоумием в единую болезнь — раннее слабоумие (*dementia praecox*).

Е.Блейлер в 1911 г. описал особенное качество симптомов раннего слабоумия: диссолюцию, разобщенность, разлаженность, расщепленность их — и обозначил болезнь сохранившимся до настоящего времени термином «шизофрения» (*schizo* — раскалывать, расщеплять, разделять, разрывать).

Следующая группа болезненных состояний — мания и меланхолия — также была пересмотрена Э.Крепелином. Катамнез 1000 больных, проведенный Э.Крепелином с сотрудниками, показал, что только у одного из них имелось единственное состояние — мания в юношеском возрас-

те. У всех остальных состояния мании повторялось или чередовалось с состояниями меланхолии. В промежутках между ними обследуемые были практически здоровы. Это и позволило Крепелину рассматривать мании и меланхолии как фазы одной болезни — маниакально-депрессивного помешательства (психоза).

Психопатологический анализ фаз психоза дал основание Э.Крепелину выделить не только «чистые» состояния мании и меланхолии, но и «смешанные» состояния, которые отличались наличием в одной фазе психоза признаков, свойственных как одной, так и другой фазе.

К.Кальбаум еще до того описал стертый вариант циркулярного психоза, для которого оказалось типичным чередование субмеланхолий и гипоманий, и назвал эту болезнь циклотимией.

В понятие «паранойя» Э.Крепелин объединил те формы первичных интеллектуальных расстройств, которые при длительном течении и отсутствии галлюцинаций обнаруживают стойкую бредовую систему, сохранность эмоциональной живости больного и отсутствие в итоге слабоумия. Все остальные варианты бреда, ранее входившие в паранойю, Э.Крепелин отнес к разновидностям раннего слабоумия (шизофрении).

В изучении выделенных нозологических форм Э.Крепелин уделял большое внимание наследственности.

Активным противником наследственности и нозологического направления в психиатрии был американский психиатр А.Мейер, которые считал, что все психические расстройства — это реакции на неблагоприятное воздействие среды. Он считал, что диагноз — это не название болезни, а особенность реакции, характерная для данной личности пациента. Эта точка зрения нашла отражение в американской классификации и проникла в МКБ-10.

К.Ясперс в «Общей психопатологии» (1923) дал не только блестящее описание основных психопатологических синдромов, но и сформулировал критерии синдромов помрачения сознания и психогенных расстройств; кроме того, дал характеристику патологического (аномального) развития личности и отграничение его от изменений личности при шизофрении.

Все исследования П.Б.Ганнушкина пронизаны интересом к пограничной психиатрии. Он всегда стремился более четко очертить границы психопатий. В книге «Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика» он сформулировал критерии выделения психопатий, имеющие значение и сего-



П.Б.Ганнушкин



О.В.Кербиков



А.В.Снежневский

дня. Ганнушкин подчеркивал важность изучения динамики душевных болезней и стадий их развития.

Основываясь на предложенном П.Б.Ганнушкиным определении психопатий, О.В.Кербиков не только уточнил критерии диагностики этих состояний, но и разработал их клиническую и генетическую типологию. Особый интерес представляет его концепция патохарактерологического развития личности и «психопатических циклов».

А.В.Снежневским и его учениками проведены масштабные исследования шизофрении, включая изучение психопатологии, прогноза и патогенеза при разных формах заболевания и в различных возрастных группах. Синдромологическое деление шизофрении было заменено на формы течения с установлением прогрессивности как позитивных, так и негативных расстройств.

Разработанная А.В.Снежневским концепция *posos* и *pathos* дала возможность предположить обратное развитие позитивных и негативных расстройств в ходе совершенствования психофармакотерапии.

А.А.Портнов дал исчерпывающую характеристику интоксикационных психозов (тетраэтилсвинец и др.) и подробное описание алкоголизма с выделением психопатологических особенностей стадий и алкогольных психозов.

Первая половина XX в., наряду с развитием клинико-научного направления в психиатрии, характеризуется развитием активной терапии психических заболеваний. Ю.Вагнер фон Яурега в 1917 г. для лечения прогрессивного паралича предложил заражение трехдневной малярией. М.Закель в 1936 г. для лечения возбуждения у наркоманов предложил инсулино-коматозную терапию, которая в дальнейшем широко использовалась для лечения больных шизофренией. У.Черлетти, Л.Бини, Л.Медуна использовали судорожную терапию при лечении депрессив-

ных состояний вначале инъекциями коразола, а затем электросудорожную терапию.

С 1953 г. начинается эра психотропных препаратов (французские психиатры А.Делэй и П.Деникер) впервые применили эти препараты при психических заболеваниях. Первыми среди психотропных препаратов были резерпин и хлорпромазин (ларгактил и аминазин). Лечение больных психотропными препаратами сделало возможным изменить облик психиатрических отделений, приблизив их к соматическим стационарам.

Развитие учения о психических болезнях у детей

Упоминание о психозах в возрасте от 6 до 13 лет содержится в работах, опубликованных во второй половине XVIII в. Карус в 1808 г. утверждал, что дети могут быть только слабоумными, но не сумасшедшими.

Ж.Эскироль обратил внимание на то, что дети, которые в первые годы жизни отличаются развитым воображением, недюжинными способностями, подвижностью и жизнерадостностью, иногда неожиданно быстро изнашиваются, интеллектуально истощаются, становятся однообразными в своих проявлениях и не оправдывают ранее возложенных на них надежд.

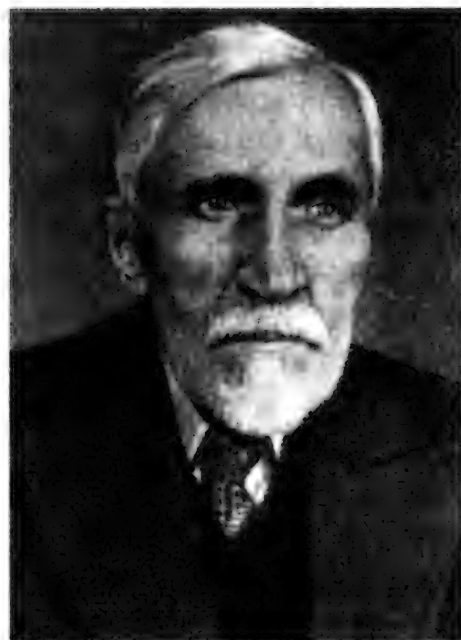
О детях, которые до «надлома» — остановки морального и интеллектуального развития — обращали на себя внимание ранним, «скороспелым» формированием и производили на окружающих впечатление талантливых, «вундеркиндов», сообщал Моро де Тур.

Уже в начале XIX в. возникают первые попытки разграничения психических расстройств у детей и подростков. Гебефрению юношеского возраста К.Кальбаум и Е.Геккер ставили в зависимость от созревания. Поскольку детство предшествует созреванию, то в этом периоде, по их мнению, не встречаются формы раннего слабоумия.

Возник вопрос, в какой степени клиническая картина психозов у детей идентична аналогичным психозам у лиц зрелого возраста, наблюдается ли единство течения и исходов при психозах, возникающих в разном возрасте.

Для развития детской психиатрии важными оказались работы К.Кальбаума, посвященные описанию кататонии, гебоидофрении, и приведенные Геккером исследования клиники гебефрении.

Термином «гебоидофрения» К.Кальбаум обозначил близкую к гебефрении болезнь, возникающую в пубертатном возрасте, но не сопровождающуюся массивным распадом интеллекта больных.



В.А.Гиляровский

Первые руководства по психопатологии детского возраста были написаны Эммингаузом в 1887 г. и Моро де Тур в 1889 г.

Возражая против атавистической концепции К.Фохта, И.П.Мержеевский, ученик И.М.Балинского, в 1872 г. научно обосновал зависимость микроцефалии от внутриутробной задержки развития головного мозга.

Работа его сотрудника С.Н.Данилло «О детской кататонии», опубликованная в 1892 г., была первым в истории описанием детской кататонии.

Изучая клинику раннего слабоумия, Э.Крепелин показал, что в 3,5% случаев психозы начинаются в возрасте до 10 лет. Таким образом, он на большом материале установил возможность возникновения психозов в детском возрасте.

Т.Геллер описал своеобразную форму детского слабоумия, назвав ее *dementia infantilis*. Характерными оказались особенности формирования этой болезни. Развитие ребенка в первые 2—3 года происходит нормально. Он отличается живыми двигательными реакциями, сообразительностью, понимает обращенную к нему речь и сам активно использует речевую функцию. Поведение, действия, поступки ребенка соответствуют возрасту. Затем без видимой причины в поведении ребенка наступают резкие изменения: он легко возбуждается, сердится, без причины плачет, становится угрюмым, мрачным. Характер его игр меняется: он без повода ломает игрушки, утрачивает активность, целенаправленность, творческую выдумку в играх. Постепенно ребенок утрачивает речь, обнаруживая быстро нарастающее слабоумие. Через 6—12 мес. от начала изменений психики он перестает отвечать на вопросы, не выполняет простейших инструкций, не реагирует на обращенную к нему речь; обнаруживает беспокойство, однообразные движения, тикообразные подергивания в мышцах.

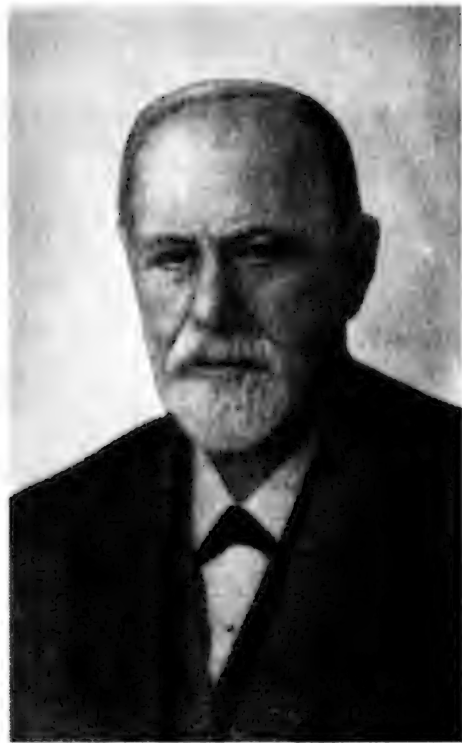
Де Санктис опубликовал результаты наблюдений детей раннего возраста, больных психозами. Болезнь у них возникала на 2—4-м году жизни и сопровождалась быстро развивающимся слабоумием, что сближало ее со случаями болезни Геллера.

За несколько лет до появления этих работ С.С.Корсаков у детей того же возраста обратил внимание на состояние «преходящего слабоумия», которое существенно отличалось от иных состояний слабоумия. Здоровые до того дети в результате острого лихорадочного заболевания неожиданно утрачивали ранее приобретенные навыки (ходьба, речь, праксис, исполнение инструкций старших и др.) и производили впечатление слабоумных. Однако вскоре после перенесенной соматической болезни у детей быстро восстанавливались все утраченные навыки.

Обсуждая выделенную Э.Крепелином пфропфшизофрению, Пласкуда соглашался с Вейгандтом, что в случаях пфропфшизофрении врач имеет дело с двумя самостоятельными болезнями — олигофренией и шизофренией — и подчеркивал, что прогноз шизофрении возникающей у больного олигофренией, оказывается хуже, чем в «чистых» случаях.

Фойгт подтвердил предположение Э.Крепелина, что изменения характера многих больных шизофренией, ретроспективно обнаруженные у них до ее начала, нередко являются следствием перенесенного короткого приступа (шуба) болезни в раннем детстве.

А.Гомбургер обратил внимание на качественные особенности симптомов манифестного периода детских психозов. К первым симптомам шизофрении у детей он отнес аффективные расстройства: апатию, плаксивость, недовольство, ослабление или утрату ребенком аффективного резонанса. Больной постепенно теряет естественность, детскую непосредственность, возникают капризы, дерзость. Вскоре наступают диссоциация психической деятельности, нарушения мышления, гиперкинезы, обманы чувств. Снижение интересов, естественной живости дополняют картину болезни.



З.Фрейд

А.Н.Бернштейн, ученик С.С.Корсакова, в 1912 г. указывал на такие случаи раннего слабоумия, «когда больные рождаются на свет с готовой болезнью». Он наблюдал ребенка 3 лет в состоянии страха, с неопределенными бредовыми представлениями, негативизмом; отмечались стереотипные движения, повторение одних и тех же слов, взрывоподобные (импульсивные) поступки, бессонница и возбуждение. Через несколько месяцев острые явления болезни редуцировались, а ребенок перестал развиваться, остановившись «на степени развития очень низкой».

Это позволило А.Н.Бернштейну высказать предположение, что «еще более раннее начало болезни может вызвать картину идиотизма врожденного, а не приобретенного».

С 1920 г. число работ о детских психозах возросло, причем посвящались они в основном особенностям клиники психозов у детей и подростков.

В этот период на детских психиатров широкое влияние оказывали взгляды З.Фрейда и его последователей.

Австрийский невролог Зигмунд Фрейд, одаренный исследователь и наблюдательный клиницист, обратил внимание на ряд важных особенностей психики. Он правильно поставил многие вопросы: роль сновидений и возможность путем их анализа глубже познать сущность психики; значение подсознательных автоматизированных психических актов и изучение их наряду с явлениями сознания и самосознания; актуальность для психической деятельности инстинктивных форм, влечений, в частности полового и т.п.



Т.П.Симсон

Адекватно поставив эти и другие вопросы, Фрейд вместе с тем не избежал извращения истинного значения их для человека и, по существу, подменил разумную сознательную деятельность человека подсознательной и бессознательной, проповедовал пансексуализм, неоправданно распространил свои медико-биологические и психологические построения на законы человеческого общества.

Несмотря на эти особенности, российская школа психоаналитиков возникла одной из первых. Нигде, кроме германоязычной Европы, идеи Фрейда в психотерапии не применялись так широко как в России в 20-х годах прошлого века. Опыт лечения детей «невропатов» с использованием психо-

анализа проводился в институте мозга в Петрограде под руководством В.М.Бехтерева. В 1921 г. в Москве был создан первый институт психоанализа — «лаборатория» по изучению детского возраста. В основе работы лаборатории лежала идея о важности для нормального воспитания ребенка учета его сексуальности и необходимости гармоничного развития. Достигнуть гармонии предполагалось путем перемещения (сублимации) психоаналитическими методами сексуальной энергии на более возвышенные задачи для предупреждения развития у ребенка «психоневроза».



Г.Е.Сухарева



Г.К.Ушаков

В работе лаборатории не учитывалось весьма важное положение — взаимодействие ребенка с матерью, — необходимое для нормального психического развития.

Наряду с интересом к психотерапии, возрастает число исследований, посвященных психозам у детей и подростков. Проводится всестороннее и систематическое изучение детских психозов отечественными психиатрами. (Т.И.Юдин, Н.И.Озерецкий, М.О.Гуревич, Г.Е.Сухарева, Т.П.Симсон, В.В.Ковалев и др.).

Т.И.Юдин высказал предположение, что течение шизофрении у детей не всегда катастрофическое и нередко бывает относительно благоприятным.

Г.Е.Сухарева изучила клинику шизоидных психопатий у подростков 12—14 лет. Она отметила, что аффективные расстройства налагают печать нелепого, странного, чудаковатого поведения, шизоидное мышление (негибкость, заторможенность, аутичность, склонность к абстрактному, схематическому и формальному его строю), затрудняют контакты со сверстниками и обучение.

Достижения психологии, нейрофизиологии и клиники детских психозов создали условия для разработки научных основ учения о формировании характера, личности в онтогенезе, а также и патологических вариантов такого формирования (П.Б.Ганнушкин, В.А.Гиляровский, Г.Е.Сухарева, Т.П.Симсон, О.В.Кербиков, Г.К.Ушаков др.).

За короткий период истории негативное отношение к возможности возникновения психоза у ребенка и пессимизм в оценке перспектив помощи ему сменились рождением науки о патологических состояниях психики детей и методах их коррекции. Анализ основных этапов развития этой науки позволяет утверждать, что сравнительно-возрастной подход к изучению явлений психики и болезненных расстройств будет наиболее перспективным для улучшения помощи больному и организации охраны психического здоровья детей и подростков (Г.К.Ушаков).



В.В.Ковалев

Глава 3.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

3.1. Распространенность психических и поведенческих расстройств

3.1.1. Эпидемиологические исследования в психиатрии

Эпидемиология (греч. *epidemia* — от *epi* — над, *demos* — народ; *logos* — учение) — наука, изучающая распространение заболеваний среди населения разных стран, регионов, географических областей. В психиатрии представлен ее раздел, изучающий распространение психических расстройств.

Учет душевнобольных по мере развития психиатрии осуществлялся на основании преимущественно статистических данных психиатрических лечебниц и других медицинских учреждений, в которых находились психически больные, а также неоднократной переписи душевнобольных. Известно, например, что в первой половине XIX в. на 1000 человек населения в различных странах Запада приходилось 2–3 психически больных, а в России — 1 больной. В XIX в. эти исследования носили преимущественно характер переписей госпитализированных психически больных. Развитию эпидемиологии психических заболеваний в России способствовали исследования таких выдающихся психиатров, как В.А.Гомбах, П.И.Якоби, В.И.Яковенко и др. В первой половине XX в. начали проводиться клинико-статистические и социально-гигиенические исследования, а начиная с 1950-х годов — клинико-эпидемиологические и клинико-социальные исследования как на основе учетно-отчетной статистической информации, так и, особенно, путем выборочных и сплошных клинико-эпидемиологических и социально-гигиенических исследований.

Наиболее важными показателями эпидемиологии психических расстройств являются заболеваемость, болезненность населения и риск заболеваемости.

Заболеваемость (*incidence* — в зарубежной литературе) — число впервые заболевших психическим расстройством в течение определенного

времени (обычно 1 года) в пересчете на 100, 1000 или на 10 000 населения, чаще на 100 000.

Болезненность, или *распространенность* (prevalence — в зарубежной литературе), определяется общим числом больных, включающим и ранее состоявших на учете, и вновь заболевших за год. Расчет этих показателей также обычно ведется на 100, 1000 и 10 000 населения, чаще на 1000.

Риск заболеваемости — это вероятность возникновения того или иного психического расстройства (заболевания) у отдельного человека. Следует отметить, что риск заболевания зависит не только от его распространенности, но и от ряда других факторов — возраста, пола, наследственности, биологических и социально-психологических вредностей. Например, имеет значение «критический» возраст для разных психических заболеваний: олигофрения проявляется уже с первых лет жизни, шизофрения — чаще в 15–45 лет, а инволюционные (предстарческие) и сенильные (старческие) психозы — в возрасте обратного развития. В детстве высок риск невротических расстройств и развития эпилепсии. Шизофренией чаще болеют мужчины, а маниакально-депрессивным психозом — женщины.

Цели и задачи эпидемиологических исследований

Цель эпидемиологических исследований в психиатрии вытекает уже из самого определения эпидемиологии. Изучение распространенности психических расстройств (общих показателей и каждой болезни в отдельности) — важная, но не единственная задача эпидемиологических исследований. К *задачам* эпидемиологии психических расстройств относится также решение многих ключевых вопросов клинической, биологической, социальной психиатрии. Это касается поиска факторов, с которыми можно связать риск возникновения тех или иных психических заболеваний, в первую очередь — шизофрении и аффективных расстройств, невротической и личностной патологии.

Эпидемиологические исследования позволяют решать ряд научных и практических задач, связанных с психиатрической помощью населению. На основании данных о психических заболеваниях осуществляется планирование штатных нормативов и коечного фонда психиатрических учреждений на длительное время, оценивается эффективность работы психиатрических служб и социально-реабилитационных мероприятий, анализируется инвалидизация больных, их профессиональная занятость, а также роль различных факторов в развитии психических заболеваний, разрабатываются современные профилактические меры.

Методы эпидемиологических исследований

Известно, что показатели болезненности и распространенности психических заболеваний весьма вариабельны в разных странах. Это объясняется тем, что данные показатели зависят от многих факторов, в частности от понимания клиники психических состояний, от задач, целей

и методических приемов исследования, а также от демографических и культурных особенностей населения разных стран. При этом возникают значительные затруднения в идентификации психических заболеваний по дифференциально-диагностическим признакам и проведении сравнительных исследований. В настоящее время перед психиатрами всего мира стоит задача выработать единый подход, единое мнение относительно идентификации психических заболеваний. Эту задачу призвано решить введение единой систематики психических расстройств, в частности используемой и в нашей стране МКБ-10.

На величинах эпидемиологических показателей отражается метод выявления психически больных — активный или пассивный. Для успешного проведения эпидемиологических исследований необходимы *объективные источники информации*. Они могут быть первичными и вторичными. Первичные источники информации (активные) — это сведения, полученные при непосредственном (поголовном) обследовании населения. Они наиболее исчерпывающие и объективные, но и они не отражают истинной распространенности психических расстройств. Это объясняется прежде всего тем, что все равно не удастся выявить всех больных. Кроме того, их качество зависит от квалификации исследователей и от унификации различных психопатологических состояний, принятых в той или иной научной школе. Вторичные источники информации (пассивные) — это отчетные данные лечебно-профилактических, социальных и других учреждений, где пребывают больные. Такие данные не всегда бывают достаточно полными, что зависит от ряда объективных факторов (от приближенности психиатрической помощи к населению, отношения общества к психически больным, от возраста и пола заболевших).

Данные так называемой госпитальной статистики, используемые во многих странах, т.е. сведения о больных, находящихся в стационарах, более или менее сопоставимы. Однако они охватывают лишь 1,2—7,2% всех больных. В странах, где основной формой психиатрической помощи являются диспансеры, сведения о числе психически больных среди населения на самом деле отражают число больных, находящихся под диспансерным наблюдением. Сплошные обследования выборочных групп населения показали, что значительная часть больных (не только с относительно легкими психическими расстройствами, но иногда и с тяжелыми психозами) остаются вне поля зрения диспансерной службы. Так, было установлено, что только 10,6—18,6% из всех выявленных при сплошном обследовании психически больных состоят на учете в психоневрологических диспансерах (ПНД). В странах, где активное выявление больных не практикуется, в поле зрения психиатров оказывается еще меньшая их доля. В США, по данным семейных врачей, у 1/3 обслуживаемых пациентов выявляются психические нарушения, но только 2—4% из них попадают на прием к психиатру.

В последнее время многие авторы подчеркивают необходимость децентрализации психиатрической помощи, интеграции ее с общесома-

тической и приближения к населению. Имеются данные, что расширение амбулаторных форм помощи в общесоматической сети способствует выявлению новых категорий больных, которые ранее не попадали к психиатрам. Например, по данным отечественных исследований, организация амбулаторной психиатрической помощи в районной поликлинике позволила выявить почти в 10 раз больше больных с психическими расстройствами пограничного уровня, чем наблюдались в ПНД, обслуживающем ту же территорию. Некоторые исследователи у половины амбулаторных больных, обратившихся к врачам общей практики, обнаружили психические отклонения, требующие вмешательства психиатра. При этом больные предпочитали получать психиатрическую помощь в специализированных отделениях учреждений общего профиля. С помощью специального опросника было выяснено, что 40% больных вообще не обратились бы за психиатрической помощью, если бы она не обеспечивалась в общемедицинском центре.

Серьезно расходятся оценки роли социальных факторов в выявляемости и структуре психических расстройств в различных слоях населения. Отдельные авторы полагают, что на частоту психических расстройств не влияют ни уровень индустриализации, ни общественный строй. В отличие от них большинство исследователей отмечают значительное влияние культуральных и социальных особенностей населения на этот показатель и даже на клиническую картину психических расстройств.

Задачей проводимых *транскультуральных* (кросскультуральных) *эпидемиологических исследований* является анализ распространенности и отличий различных психических расстройств в разных культурах — национальных, региональных, социальных. Некоторые характерологические свойства и связанные с ними черты поведения, квалифицируемые в одних культурах как психическое расстройство, в условиях другого социального уклада или культурных традиций рассматриваются как приемлемые и даже желательные. В 1980-е годы была проведена мультицентровая программа ВОЗ по изучению шизофрении в 9 странах мира. Главным итогом стало установление факта, что все основные проявления шизофрении в разных странах имеют значительно больше сходства в фундаментальных проявлениях болезни и заметные различия в частных, культурно-обусловленных проявлениях. Имеются данные о преимущественной распространенности истерических психозов у отдельных народов и в конкретных регионах, например, среди народностей Крайнего Севера. В XIX в. у них во множестве описывались индуцированные психозы в результате шаманских песнопений, которые могут приводить к возникновению психических эпидемий.

Психические эпидемии — массовое распространение какого-либо психического расстройства в определенном регионе в какую-либо эпоху. С XI в. в средневековой Европе известны массовые вспышки истерии, включая истерические психозы (галлюцинаторные видения, охватывающие толпы людей, одержимость дьяволом, превращение в живот-

ных и др.). В северных областях России были описаны психические эпидемии кликушества, меряченья, одержимости «икоткой». Во время Первой мировой войны среди солдат воюющих армий возникла эпидемия «травматического невроза»: даже после очень легких или мнимых контузий возникали истерическая глухота, немота, парезы и др. В начале 1990-х годов в нашей стране характер эпидемий носили вера в колдовство, магию, астрологию и экстрасенсорику и увлечение нетрадиционными религиозными культами с распространением различных сект. Эпидемический характер имеют также распространение наркоманий и токсикоманий в подростковой среде. Причины всех этих эпидемий, как правило, социально-психологические. По мнению А.Е.Личко (1995), не следует, однако, рассматривать как «психические эпидемии» повальное распространение массового фанатизма — религиозного, идеологического, национального, расового, — какие бы уродливые и чудовищные формы этот фанатизм не принимал. Лидеры и вожди подобных фанатичных движений могут оказаться лицами, страдающими психическими расстройствами, но поведение следующих за ними масс служит предметом изучения социальной психологии, а не психиатрии.

Распространенность психических расстройств среди городского населения, по мнению ряда исследователей, в 2—3 раза выше, чем среди сельского. В то же время при высоком уровне организации помощи, как показали специальные исследования, эти показатели весьма сходны, а по некоторым заболеваниям в сельских районах они даже выше. Кроме того, социальная активность городских жителей с психической патологией способствует их выявляемости. Так, по данным ряда авторов (Жариков Н.М. и др., 2005), занимавшихся анализом распространенности психических расстройств в городской и сельской местности, уровень психозов во многих сельских районах в 1,5—2 раза выше. В сельской местности также отмечается рост числа случаев умственной отсталости. Связано это, по мнению большинства исследователей, с распространенностью алкоголизма в этих регионах, а также слаборазвитой системой оказания психиатрической помощи, вследствие чего наблюдается элементарный недоучет больных.

Остается спорным вопрос о влиянии социально-экономического состояния общества на распространенность психических заболеваний. Некоторые авторы считают, что высокие показатели распространенности психических заболеваний среди низших слоев населения (безработные, люди с низким уровнем образования и др.) связаны с неблагоприятными условиями жизни, и полагают, что при создании хороших условий частота психических расстройств среди этого контингента будет не выше, чем в других социальных группах. Однако не следует забывать и предположение о том, что, наоборот, возникшее расстройство может быть причиной неудовлетворительного социального положения («теория социального дрейфа»). Современные тенденции в исследовании проблем, связанных с психиатрией вообще и с эпидемиологией психических расстройств в частности, характеризуются смещением ак-

центов с классических клинических подходов в оценке психического состояния к более универсальным, основанным на представлении о психическом здоровье как о совокупности психического, социального, психологического благополучия. При этом как наиболее универсальный показатель благополучия индивидуума, уровня его адаптации и гармонии с окружающей средой могут рассматриваться параметры, определяющие социальное функционирование и качество жизни.

Эпидемиологические данные о распространенности психических расстройств

Многочисленные данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в ряде европейских стран и Российской Федерации психические расстройства становятся одной из самых распространенных форм патологии (Сидоров П.И., 2003; Хаксли П., 1999).

По данным ВОЗ, опубликованным в 2001 г., психические расстройства имеют существенный удельный вес в структуре хронических заболеваний и являются тяжелым бременем не только для служб здравоохранения, но и для общества в целом. Так, согласно этим данным, в большинстве стран около 10% населения страдают тяжелыми и хроническими формами психических заболеваний и еще у 10% обнаруживаются признаки непсихотических расстройств (невротические состояния, различные виды психических недоразвитий, аномалии личности). Установлено, что общий уровень распространенности психических заболеваний из года в год увеличивается и в настоящее время в развитых и некоторых развивающихся странах более 25% людей на протяжении всей жизни страдают от одного или большего числа психических расстройств. Указанная информация ВОЗ обязывает постоянно проводить специальный социально-гигиенический и клинико-статистический анализ психического здоровья населения.

Опубликованы данные исследования, свидетельствующего, что в развитых странах Запада в XX в. (с 1900 по 1983 г.) количество психически больных возросло в 6,4 раза. Причем распространенность классических, наиболее тяжелых форм психических расстройств за эти годы увеличилась в 3,4 раза. Из них количество больных шизофренией возросло в 6,4 раза, старческими психозами — в 19,3, хроническим алкоголизмом — в 40,3, невротизмом — в 40,6 раза. Меньше всего увеличилось число лиц, страдающих расстройствами личности (психопатиями и др.), — в 3,9 раза.

Рост распространенности указанных психических заболеваний объясняется, с одной стороны, улучшением работы служб по выявлению и учету больных с легкими формами психических расстройств и совершенствованием системы учета психически больных; с другой — постоянным ростом нервно-психического напряжения в современном обществе, что приводит к возникновению ряда психических расстройств, злоупотреблению алкоголем и другими психоактивными веществами. На увеличение же числа больных шизофренией влияют главным обра-

зом не социально-экономические, а эндогенные факторы, в частности генетические.

В докладе ВОЗ, посвященном психическому здоровью населения в мире по данным на 2000 г., указывается, что психические и поведенческие расстройства имеются у более 25% всех людей в определенные периоды их жизни. Распространенность отдельных типов расстройств и заболеваний приведена в таблице 1. Среди всех причин инвалидности психоневрологические расстройства составляют 12,1%, к 2020 г. прогнозируется их рост до 15%.

Данные, касающиеся *заболеваемости и распространенности* психических расстройств в РФ, отличаются некоторой противоречивостью, что отражает происходившие в последние годы реформы в государстве, медицине, в том числе в психиатрии. Однако приводимые в различных источниках сведения в целом сопоставимы с показателями ВОЗ.

Согласно данным Государственной статистической отчетности по психиатрии, начиная с 1991 г. наблюдался рост заболеваемости психическими расстройствами, особенно значительный — непсихотическими формами психической патологии (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2005). Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2005 г. составила 738,4 случаев на 100 тыс. населения. Более 30% населения нуждаются в лечебной или консультативной помощи врача-психиатра и других специалистов в области психического здоровья и до 5,5% населения нуждаются в активной психиатрической помощи. Всего впервые в течение года инвалидами вследствие психических расстройств признаются более 40 тыс. человек. Общее число инвалидов вследствие психических расстройств достигло 958,1 тыс. человек, что составляет более 10% от общей численности инвалидов по всем заболеваниям. Смертность от психических расстройств и расстройств поведения в 2005 г. составила 5,6 на 100 тыс. населения. Ежегодно в результате суицидов погибают почти 60 тысяч человек (в том числе и дети).

Специального обсуждения заслуживает проблема *распространенности психических расстройств непсихотического уровня*, в частности невротических и расстройств личности. По данным А.А. Чуркина и Л.Н. Касимовой (2000), общее число больных непсихотического уровня намного превышает данные официальной статистики и составляет 27,3% взрослого населения (по сравнению с 1,4% по официальным статистическим сведениям). Публикуемая информация о распространенности неврозов отличается широким диапазоном показателей. Согласно различным литературным источникам, невротическими расстройствами в западноевропейских странах страдают от 10 до 22,95% населения. По данным диспансерного учета, в нашей стране распространенность неврозов среди населения составляет всего 0,4—0,5%. Однако это далеко не полная регистрация, так как больные с пограничным уровнем расстройств (психопатиями, неврозами, реактивными состояниями) не обращаются за помощью в ПНД. При поголовном обследовании рас-

Таблица 1

Некоторые наиболее распространенные психические расстройства по данным на 2000 г. (из доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2001)

Психические и поведенческие расстройства	Распространенность, %
Униполярное депрессивное расстройство	1,9 (муж.) 3,2 (жен.)
Биполярное аффективное расстройство	0,4
Шизофрения	1,1
Эпилепсия	0,5
Олигофрении	1,0–3,0
Болезнь Альцгеймера	1,0–5,0
Алкоголизм	1,7 (муж. – 2,8, жен. – 0,5)
Наркомании	0,4–4,0
Табакокурение	Курит один из 3 взрослых

пространенность невротических расстройств составила 20–33% среди городского и 33–40% среди сельского населения. По данным зарубежных авторов, наиболее распространенными являются невроз страха и фобии, которые составляют примерно 20% всех неврозов, в нашей стране наиболее частым диагнозом среди расстройств невротического спектра является неврастения.

Доля *расстройств личности* в структуре пограничной психической патологии достаточно велика и колеблется от 2,3 до 32,7% (Смулевич А.Б., 1999). Распространенность расстройств личности выше среди городского населения и в группах с низким социально-экономическим статусом. Соотношение мужчин и женщин, страдающих расстройствами личности, составляет 2:1 (Brautigam W., 1968). Различия в зависимости от пола варьируют в соответствии с типом психопатии. Такие варианты, как истерический и зависимый, чаще наблюдаются у женщин, в то время как среди психопатических личностей диссоциального и обсессивно-компульсивного типов преобладают мужчины.

Помимо статистических данных о заболеваемости психическими расстройствами, психическое здоровье общества характеризуют *данные о частоте совершаемых самоубийств*. Причем в иностранной литературе придерживаются точки зрения о том, что большинство суицидентов — от 75% (Asukai N., 1995) до 90,1% (Conwell Y. et al., 1996) — имеют психические расстройства, которые и явились главной причиной суицида. В отечественной литературе, напротив, считают, что только 20% суицидентов состоят под диспансерным наблюдением в психоневрологических диспансерах и примерно 8–9% признаны нуждающимися в таком наблюдении, остальные лица находились в пределах психической нормы (Амбрумова А.Г., Бородин С.В., 1981). Пик роста завершенных суицидов наблюдался с 1991 по 1995 г. — 26,4 и 41,5 соответственно на

100 000 населения (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2005). В последние годы этот показатель снизился до 36,1 в 2003 г.

3.1.2. Эпидемиологические данные о распространенности психических расстройств у детей и подростков

По отчетным данным, в России насчитывается около 1 млн детей и подростков, страдающих психическими и наркологическими заболеваниями, что составляет 2,5–3,5% детского и подросткового населения. В соответствии с результатами отечественных эпидемиологических исследований данные учета как минимум в 3–4 раза ниже фактической распространенности психических расстройств в рассматриваемых группах. Данные проводимых многочисленных исследований свидетельствуют об ухудшении в последние годы психического здоровья детей и подростков, на состояние которого в первую очередь влияют комплекс социальных, демографических, поло-возрастных и личностно-психологических факторов.

Основные тенденции в развитии психической патологии у детей и подростков за десятилетие с 1992 по 2002 г. представлены в Докладе о состоянии здоровья детей в РФ (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.). Заболеваемость детей психическими расстройствами возросла с 637,5 на 100 000 детского населения в 1992 г. до 840 в 2002 г. (рост на 31,8%), распространенность — соответственно с 2711,0 до 3578,9 (рост на 32%). Среди детей подросткового возраста от 15 до 18 лет темпы роста заболеваемости за 10 лет в 2 раза выше, чем среди детей до 14 лет. Увеличивается число первично обратившихся больных детей и подростков с психозами, умственной отсталостью. Распространенность шизофрении у детей до 14 лет, в малой степени зависящая от внешних факторов, соответствует данным, полученным ранее путем сплошного эпидемиологического изучения детского и подросткового населения — 1,66 на 1000 населения этого возраста (Козловская Г.В., 1983).

Преимущественный рост заболеваемости отмечается в *группе психосоциальных нарушений* (реактивные состояния, соматоформные расстройства, аномалии личностного развития, специфические нарушения психического развития), а также *непсихотических расстройств, связанных с ранними органическими поражениями головного мозга*. Рост показателей в этой группе следует считать неблагоприятным в контексте психосоциального развития, так как они косвенно указывают на утяжеление «патологической почвы». Существенный вес в возникновении психических нарушений принадлежит пре-, пери- и ранней постнатальной патологии, на значение которой указывали ведущие отечественные психиатры, занимавшиеся патологией детского и подросткового возраста (Ушаков Г.К., 1973; Ковалев В.В., 1995). Отрицательное влияние на психическое здоровье ребенка оказывают недоношенность, малый вес при рождении, асфиксия новорожденного, тяжелые заболевания, перенесенные до 1 года, и, особенно, в возрасте от 1 до 3 лет.

И.О.Калачева, Е.Н.Карнаухова (1998) при изучении микросоциальных условий воспитания, прежде всего семейных, выявили в большинстве наблюдений патологического формирования личности неблагоприятную семейную обстановку — дезорганизованные семьи (алкоголизм, конфликты, жестокое обращение с детьми, отсутствие внимания к соматическому состоянию и развитию ребенка). Сложившийся уровень психического здоровья детей и подростков во многом определяет ограничение возможности получения полноценного общего среднего и профессионального образования, снижение уровня годности юношей к военной службе. По данным департамента образования Москвы, до 60% детей при поступлении в школу не имеют необходимого запаса знаний и сведений. На фоне неподготовленности к школе, отсутствия поддержки детей в семье несостоятельность в учебе, приобретающая в дальнейшем стойкий характер, приводит к школьной дезадаптации, заострению патологических черт характера, реакциям активного и пассивного протеста, прогулам, тяге к группам с криминогенным поведением. По данным проведенных исследований, более 70% учащихся учреждений общего среднего образования испытывают значительные трудности в усвоении базовой школьной программы обучения. Среди учащихся ПТУ по сравнению со школьниками в 14 раз чаще встречаются лица с психогенными реакциями, в 19 раз — с патологическим формированием личности, в 2,5 раза — с неврозами, 1,5—2 раза — лица, употребляющие психоактивные вещества. Это сказывается на уровне профессиональной подготовки и влияет на возможность дальнейшего трудоустройства. Последствия, обусловленные семейной и школьной дезадаптацией, тесно связаны с прогрессирующим ухудшением ситуации по употреблению психоактивных веществ в России. Среди заболеваний, послуживших причиной освобождения юношей от призыва на военную службу в 2002 г., более 30% составили психические расстройства. Психические нарушения в 39% случаев являются причиной увольнения из войск в течение первых 3 месяцев службы.

Высока распространенность *депрессивных нарушений* у детей и подростков (по данным литературы, от 4 до 25%), что, в свою очередь, обуславливает увеличение риска развития школьной дезадаптации и суицидального поведения с тенденцией их проявления в более раннем возрасте. Показатель самоубийств среди подростков составляет в среднем 24,07 на 100 000 населения соответствующего возраста, в то время как среди детей всего — 1,76 (среди детей и подростков вместе в среднем — 8,63 на 100 000 населения). Мальчики почти в 3 раза чаще совершают самоубийства, чем девочки; дети и подростки, проживающие в сельской местности, в 1,5—1,7 раза чаще, чем их городские сверстники. Отравления с суицидальной целью чаще наблюдаются у девочек-подростков. Причина, побуждающая совершить самоубийство, может быть незначительной и чаще всего является следствием отсутствия взаимопонимания с членами семьи, сверстниками и педагогами.

3.2. Классификация психических расстройств

3.2.1. Общие положения

Существуют два типа классификаций психических расстройств: национальные классификации и международная, разрабатываемая в рамках ВОЗ и периодически обновляемая.

В настоящее время действует Международная классификация психических расстройств и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10). Она принципиально отличается от предыдущих вариантов Международной классификации психических расстройств. Ряд подразделов и рубрик этой классификации являются прогрессивными, отражают недавние достижения мировой психиатрии. Вместе с тем, в связи с необходимостью поиска многочисленных компромиссов между различными психиатрическими школами и направлениями, МКБ-10 присущи существенные недостатки. К ним относятся эклектичность (так называемая атеоретичность), противоречивость и чрезмерная усложненность классификации в целом. Недостатками МКБ-10 являются также частичный отход от клинко-нозологических позиций, выделение в качестве самостоятельных вариантов психических расстройств наряду с клинко-нозологическими формами, психопатологических синдромов и даже симптомов, скептическое отношение к проверенным клинической практикой фундаментальным понятиям и положениям клинической психиатрии.

Вследствие указанных особенностей МКБ-10 ее использование в качестве основы при изложении учебных материалов по психиатрии создает значительные трудности для усвоения этой клинической дисциплины студентами, требует значительно большего времени для обучения. Поэтому IV раздел учебника («Частная психиатрия»), в котором описаны психические болезни и другие формы психических расстройств, которые могут претендовать на самостоятельность, построен в соответствии с отечественной классификацией психических расстройств. Эта систематика более последовательна, логична, в большей мере основана на клинко-нозологических принципах и широко используется в российской психиатрии.

Вместе с тем в главах раздела «Частная психиатрия» представлено соотношение клинко-нозологических форм психических расстройств в отечественном понимании с разделами, подразделами и рубриками МКБ-10.

3.2.2. Отечественная классификация психических расстройств

В классификации психических расстройств, используемой в России, клинко-нозологические формы выделяются на основе единства установленных или предполагаемых этиологических факторов и патогенетических механизмов и сходства клинических проявлений, динамики и исходов психических расстройств.

Клинико-нозологические формы психических расстройств объединены в несколько групп на основании близости, родства этих форм в этиопатогенетическом отношении.

1. Эндогенные психические заболевания.

Эти заболевания преимущественно обусловлены внутренними патогенными факторами, в том числе наследственным предрасположением, при определенном участии в их возникновении различных внешних вредностей.

Включаются:

- Шизофрения.
- Маниакально-депрессивный психоз.
- Циклотимия.
- Функциональные психические расстройства позднего возраста.

2. Эндогенно-органические психические заболевания.

Развитие этих заболеваний определяется или внутренними факторами, приводящими к органическому поражению головного мозга, или взаимодействием эндогенных факторов и церебрально-органической патологии, возникающей в результате неблагоприятных внешних влияний биологического характера (черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций).

Включаются:

- Эпилепсия (эпилептическая болезнь).
- Атрофические заболевания головного мозга
 - Деменции альцгеймеровского типа
 - — Болезнь Альцгеймера
 - — Сенильная деменция
 - Болезнь Пика
 - Хорея Гентингтона
 - Болезнь Паркинсона
- Психические расстройства, обусловленные сосудистыми заболеваниями головного мозга.

3. Соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства.

В эту обширную группу входят, во-первых, психические расстройства, обусловленные соматическими заболеваниями и разнообразными внешними биологическими вредностями немозговой локализации и, во-вторых, психические расстройства, основой которых становятся неблагоприятные экзогенные воздействия, приводящие к церебрально-органическому поражению. В развитии психических расстройств этой группы определенную, но не ведущую роль играют эндогенные факторы.

Включаются:

- Психические расстройства при соматических заболеваниях.
- Экзогенные психические расстройства:
 - Психические расстройства при лекарственных, промышленных и других интоксикациях.

- Психические расстройства при инфекционных заболеваниях внечерепной локализации.
- Алкоголизм.
- Наркомании и токсикомании.
- Экзогенно-органические психические расстройства:
 - Психические расстройства при черепно-мозговых травмах.
 - Психические расстройства при нейроинфекциях.
 - Психические расстройства при опухолях головного мозга.

Следует отметить, что психические расстройства при опухолях головного мозга могут быть отнесены к экзогенно-органическим расстройствам в значительной мере условно, с учетом традиций и клинического сходства психических расстройств при опухолях мозга с другими, типичными экзогенно-органическими расстройствами психики.

4. Психогенные расстройства.

Эти расстройства возникают в результате воздействия на личность и телесную сферу стрессовых ситуаций.

Включаются:

- Реактивные психозы.
- Неврозы.
- Психосоматические (соматоформные) расстройства.

5. Патология психического развития.

В данную группу входят патологические психические состояния, обусловленные аномальным формированием психической индивидуальности с преобладанием нарушений в отдельных сферах (интеллект, способности, поведение и др.).

Включаются:

- Психопатии (расстройства личности и поведения).
- Олигофрении (умственная отсталость).
- Другие задержки и искажения психического развития.

3.2.3. Разделы Международной классификации психических расстройств 10-го пересмотра

Классификация состоит из 11 разделов.

- F0** Органические, включая симптоматические, психические расстройства.
- F1** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.
- F2** Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.
- F3** Расстройства настроения (аффективные расстройства).
- F4** Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.
- F5** Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.
- F6** Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.
- F7** Умственная отсталость.
- F8** Нарушения психологического развития.

F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

F99 Неуточненное психическое расстройство.

Подробнее разделы и основные рубрики МКБ-10 с необходимыми пояснениями к ним, раскрывающими суть некоторых используемых понятий, и соответствие международной рубрикации обозначениям психических расстройств, принятым в отечественной психиатрии, — см. в Приложении 1.

3.3. Общие закономерности динамики и исходы психических расстройств

Течение

Психические заболевания могут иметь непрерывное, приступообразное, смешанное и другое течение. Наиболее детально школой А.В.Снежневского изучены варианты течения шизофрении.

При *непрерывном течении* болезни наблюдаются неуклонное нарастание и усложнение расстройств. Лекарственной терапией можно добиться остановки или смягчения имеющейся симптоматики, но при обострении обычно выявляются более сложные расстройства.

Приступообразное течение характеризуется чередованием приступов болезни и светлых промежутков, когда проявления болезни отсутствуют или минимальны. Типичным примером приступообразного течения является рекуррентная шизофрения, при которой приступы могут быть различными по клиническим проявлениям. При наличии сходных приступов, чередующихся со светлыми промежутками, обычно говорят о периодическом течении. Течение болезни в виде фаз проявляется приступами психических расстройств, после окончания которых не происходит существенных изменений личности; фазы бывают представлены аффективными и аффективно-бредовыми расстройствами. Течение болезни в виде фаз наблюдается при аффективных психозах.

Для *смешанного (шубообразного, приступообразно-прогредиентного) течения* заболевания характерно постепенное нарастание изменений личности, и на этом фоне периодически возникают обострения болезни, сдвиги, или шубы. После каждого шуба обнаруживаются более выраженные изменения личности. Подобное приступообразно-прогредиентное течение характерно для шизофрении.

Волнообразное течение расстройств характеризуется периодами ослабления или полного исчезновения симптоматики, однако под влиянием различных факторов (например, психогенных при неврозах) исчезнувшие расстройства снова нарастают.

При *пароксизмальном течении* наблюдаются остро возникающие приступы болезни, обычно повторяющиеся и продолжающиеся относительно короткий промежуток времени (например, при эпилепсии).

Течение психических расстройств с постепенным нарастанием и усложнением симптоматики носит название *прогредиентного*. Такое течение характерно для шизофрении. Каждое ухудшение состояния сопровождается более сложной симптоматикой. Так, например, если первые приступы болезни при рекуррентной шизофрении могут содержать только аффективные расстройства, то последующие уже включают бредовые, двигательные и галлюцинаторные, т.е. происходит формирование так называемого большого синдрома.

Регредиентное течение заболевания может иметь место при периодических травматических психозах и при динамике психических нарушений травматического генеза. При этом наблюдается противоположная прогредиентному течению тенденция. Если первый приступ включал аффективные, бредовые, двигательные расстройства, то в последующих приступах число синдромов сокращается, и проявления болезни могут быть представлены только аффективными расстройствами. В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы часто наблюдается компенсация состояния и уменьшение или исчезновение энцефалопатической и церебрастенической симптоматики.

В течении психических расстройств выделяют следующие этапы: инициальный, манифестный, расцвета и обратного развития симптоматики.

В развитии психических расстройств большое значение имеет *преморбидный период*, предшествующий инициальному этапу. В этом периоде оцениваются личностные особенности, акцентуации характера, уровень зрелости личности, предрасполагающие к тому или иному заболеванию. К преморбидным особенностям относятся и признаки дизонтогенеза, которые обнаруживаются у ребенка с самого рождения.

В *инициальном периоде* у больных обнаруживаются единичные, нестойкие признаки болезни, которые часто проявляются эпизодически, например, эпизоды деперсонализационных расстройств при шизофрении или невротические реакции, предшествующие формированию невроза. Эти инициальные расстройства дают достаточно четкую информацию о природе развивающихся расстройств.

Инициальный период может смениться *манифестным*. В этом периоде появляются типичные для данного заболевания симптомы с формированием всех основных признаков болезни.

Период обратного развития характеризуется постепенным исчезновением симптоматики и в ряде случаев появлением критического отношения к болезни.

Исходы

Психические заболевания могут иметь различные исходы. Выздоровление наблюдается сравнительно редко, например при реактивных психозах, при которых возможно полное исчезновение симптоматики и восстановление психической деятельности. Чаше наблюдается выздоровление с какими-то более или менее выраженными изменениями

личности с сохранением адаптации к окружающему. При этом появившиеся изменения личности замечают только близкие родственники.

При менее благоприятном течении болезни возможен исход в ремиссию с дефектом. Под **дефектом** принято понимать форму изменений личности, характеризующуюся обеднением, упрощением высших ее свойств и утратой прежних возможностей. Такие проявления дефекта наблюдаются при различных заболеваниях и черепно-мозговых травмах. Больной с таким исходом болезни может вернуться к трудовой деятельности, но другой, более простой и менее ответственной, требующей меньшего напряжения.

В ряде случаев дефект оказывается настолько выраженным, что больной может выполнять только ограниченный круг домашних обязанностей или работать в специальных трудовых мастерских под наблюдением медицинского персонала.

Болезнь может протекать хронически, прогрессирующе, больной утрачивает способность выполнять элементарные действия по уходу за собой. В этих случаях больные вынуждены длительное время находиться в психиатрических учреждениях или в специально предназначенных для них интернатах.

Смерть редко бывает связана с психическим заболеванием, чаще ее причиной являются сопутствующие состояния: сердечно-сосудистые расстройства, онкологические заболевания, несчастные случаи и др.

Опасными для жизни больного могут быть эпилептический статус, кататоническое возбуждение, фебрильная или гипертоксическая шизофрения, нервная анорексия, тяжелый делирий, депрессивные состояния из-за опасности суицида. Больные, находящиеся в этих опасных для жизни состояниях, нуждаются в неотложной госпитализации в недобровольном порядке.

Глава 4.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

4.1. Клиническое психиатрическое обследование

Опрос больного и сбор анамнеза при распознавании психического расстройства наряду с общими требованиями и приемами, используемыми в соматической медицине, имеют целый ряд особенностей.

В психиатрии *опрос больного* считается важнейшим методом обследования. Опрос требует от психиатра определенных навыков, которые приобретаются в процессе накопления профессионального опыта. Врачу всегда необходимы выдержка, терпение, неизменная доброжелательность и сочувствие даже при явно враждебном отношении к нему больного. Однако всегда следует сохранять дистанцию, не допускать фамильярности. Никогда не следует скрывать от больного цели расспроса, представляться кем-либо другим, а не врачом-психиатром. При отказе отвечать на вопросы важнейшие из них все же должны быть заданы и отмечена реакция больного на них. С одной стороны, больному всегда надо дать высказаться, а с другой — инициатива всегда должна быть в руках врача.

Большинство симптомов психических расстройств можно выявить только со слов больного (явления психического автоматизма, навязчивые мысли и опасения, бредовые идеи, многие обманы чувств, деперсонализационные и дереализационные нарушения и др.). Некоторые психические нарушения на основании наблюдения за поведением больного можно лишь заподозрить (слуховые галлюцинации, когда больной к чему-то прислушивается; бред преследования — по напряженному и испуганному виду и т.д.). При резком психомоторном возбуждении, явлениях активного негативизма или ступоре, нарушенном сознании расспрашивать больного приходится после того, как эти состояния минуют. С больным, находящимся в психотическом состоянии, лучше беседовать, предварительно получив о нем сведения от родных и близких. При непсихотических расстройствах первым лучше расспрашивать самого больного, что повышает его доверие к врачу. Расспрос больного следует проводить в отсутствие его родных и близких.

Какая-либо единая схема беседы с пациентом невозможна. Начинать обычно приходится с того, что послужило причиной обращения к психиатру или (в случае недобровольности) обстоятельств психиатрического освидетельствования или госпитализации. **Сведения общего характера** должны включать, как и в общемедицинской практике, фамилию, имя, отчество пациента, пол, возраст, данные о роде занятий, профессии, семейном и социальном (в том числе наличие инвалидности) положении.

При написании учебной истории болезни в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны запрещается вносить в нее фактические данные о пациенте (фамилию, имя, отчество, адрес, место работы, учебы)!!!

Жалобы пациента должны отражать проблемы или обстоятельства в том виде, в каком они представляются ему самому. При этом необходимо избегать специальных терминов и готовых диагнозов. Важно описать жалобы так, как их понимает и излагает сам пациент. В задачу расспроса входит выяснить, насколько больной понимает происходящее вокруг, ориентирован в месте и времени, сохранена память на важнейшие события в его жизни и на события, предшествовавшие обращению к врачу. Больного просят дать объяснение тем его поступкам или высказываниям, которые у других могли вызвать подозрение о психическом расстройстве. Если больной сам не высказывается о своих болезненных переживаниях, то ему задают наводящие вопросы о галлюцинациях, бреде и других расстройствах, наличие которых можно предположить, судя по его поведению или по полученным о нем сведениям. Всегда полезно задать вопрос о наличии суицидальных мыслей не только в настоящем, но и когда-либо в прошлом. Важно также выяснить отношение больного ко всем выявленным болезненным переживаниям и особенностям поведения: отсутствие критики, частичное, неустойчивое или достаточно критическое отношение к ним.

Анамнез в психиатрии принято разделять на субъективный и объективный, хотя эти обозначения весьма условны.

Субъективный анамнез — сведения, полученные от самого пациента в процессе его опроса. Помимо общих сведений и жалоб пациента анамнестические сведения должны отражать настоящее заболевание (*anamnesis morbi*), анамнез жизни (*anamnesis vitae*), включая семейный анамнез.

Анамнез болезни сводится к выяснению, когда и какие ее признаки впервые появились, какие события этому предшествовали, каким образом это заметил пациент и окружающие, как эти проявления изменялись и какое влияние они оказывали на жизнь пациента и окружающих. Если обращение повторное, важно узнать о предшествующем обследовании и лечении: к кому пациент обращался, какие лекарства принимал и как на них реагировал, побочные эффекты, результаты лечения, возникали ли при этом семейные и социальные трудности и т.д.

Анамнез жизни должен включать сведения о нарушениях у матери во время беременности, патологии в родах, о развитии в детстве и пубертатном периоде. Важно отметить, в какой семье вырос, особенности семейного воспитания, отношения с матерью и другими членами семьи, потерю близких в раннем детстве. Необходимо поинтересоваться воспоминаниями детства, сохраненными в памяти (с какого возраста помнит себя), особенностями поведения, наличием конфликтов с окружающими, их причинами, характером и частотой. Где воспитывался (детские дошкольные учреждения), как проходила адаптация. Школьный период: как давалась учеба, школьная успеваемость, положение и отношения в группах сверстников, увлечения, нарушения дисциплины, прогулы школьных занятий и побеги из дома. Взрослая жизнь: обучение, профессиональная карьера, отношение к своей работе, уровень доходов, друзья, хобби, отношение к религии, социальная активность, служба в армии, участие в военных действиях и др.

Семейный анамнез включает прежде всего сбор сведений о наличии тех или иных психических расстройств и значительных отклонений в поведении среди родственников пациента, при этом информативны сведения о лицах 1-й и 2-й степени родства. Если обнаружится, что у кого-либо из них действительно отмечались какие-либо отклонения в психике и поведении, то далее следует выяснить не то, «какой был диагноз», а как это внешне проявлялось, в каком возрасте началось, как сказалось на отношениях с супругом и детьми. Расспросить о состоянии здоровья детей, семейных проблемах в случае наличия заболеваний. В деликатной форме попытаться выяснить отношение пациента к сексу и сексуальный анамнез.

Личностные особенности пациента: межличностные отношения, типичные для пациента формы поведения в конфликтных ситуациях, способность справляться с жизненными трудностями, жизненные катастрофы, степень удовлетворенности достигнутым, планы на будущее в профессиональной, социальной и семейной сферах и т.д. Существенными являются данные о том, как пациент оценивает свой социальный статус — трудовой и семейный, — удовлетворен ли им, чем тяготится и чего ему недостает. Представляет интерес мнение пациента о тех событиях прошлой жизни, которые он сам считает самыми тяжелыми, как он их переживал, были ли суицидальные мысли и попытки.

Соматический анамнез, кроме перенесенных в прошлом тяжелых заболеваний, особенно мозговых инфекций и нейроинтоксикаций, должен учитывать сведения о черепно-мозговых травмах, даже с кратковременной потерей сознания, приступах с потерей сознания. Сведения о психологических проблемах, возникавших в связи с соматическими заболеваниями, изменениях психического состояния в этот период, отношение к своему здоровью в целом. Выяснить, какие лекарства принимал, их переносимость, осложнения лекарственной терапии, склонность к аллергическим реакциям.

Важно выяснить, было ли употребление психоактивных веществ в течение жизни, включая как легальные (алкоголь, курение, кофеин, бензодиазепины, сердечные капли, содержащие фенobarбитал, и др.), так и запрещенные законом (опиаты, марихуана и др.), сопровождался ли их прием какими-либо вредными последствиями, отношение к азартным играм. Пищевые привычки и отношение к еде.

Объективный анамнез (в скобках указывается источник сведений) — сведения, получаемые от родных и близких, других лиц, хорошо знающих больного. Эти сведения лучше получать от каждого по отдельности, в отсутствие других. Название «объективный» является условным, так как каждый опрашиваемый в свой рассказ привносит субъективное отношение к больному. Врач должен руководить беседой, узнавая факты и пресекая попытки навязать себе чужое мнение. В ходе беседы с лицом, дающим сведения, ему задают те же вопросы, что и самому пациенту. Собирают анамнез болезни: выясняют, когда и какие ее проявления возникли, и что этому могло способствовать, — а также анамнез жизни: сведения о наследственной отягощенности (психические болезни, слабоумие, алкоголизм и наркомании, суициды среди кровных родственников, а также наличие среди них лиц с необычно тяжелым характером). От родителей можно узнать о родах и особенностях развития пациента в детстве. Важно выяснить, о чем пациент умолчал и что представил по-иному. Если при этом обнаружится существенное расхождение фактов с тем, что сообщил сам пациент, это нужно отметить в записи.

4.1.1. Осмотр пациента и оценка психического статуса

Осмотр психиатром отличается от обычного соматического.

В отличие от многих других медицинских специальностей, общение врача-психиатра и пациента и способность врача наблюдать своего собеседника остаются главными инструментами диагностического процесса.

Изучение психического состояния проводится преимущественно в ходе бесед с пациентом на основании информации, получаемой при ответах на вопросы врача, а также при наблюдении за внешностью, поведением, речью, эмоциональными реакциями и другими проявлениями душевной жизни пациента. Оно включает обследование ряда психических сфер.

Внешний вид и поведение

Внешний вид, манера одеваться и вести могут дать определенные сведения о пациенте: его социальной принадлежности, жизненных установках, привычках, складе личности и психическом состоянии. При этом один и тот же внешний вид может быть обусловлен разными причинами: так, грязная, измятая одежда может говорить либо о социальной отверженности (бомж, «человек дна»), либо о выраженном социальном протесте, либо о различных психических расстройствах (умственная отсталость, деменция пожилого возраста, алкоголизм, депрессия и т.д.).

В любом случае во время осмотра не следует сразу же пытаться квалифицировать возможную причину, а лишь зафиксировать и описать то, как внешне выглядит пациент, избегая при этом оценочных терминов типа «выглядит эксцентрично или нелепо», «одет не по возрасту» и т.п.

Особенности поведения пациента включают выражение лица (грустное, подавленное, безразличное, застывшее, оживленное, тревожное и т.д.), характерные позы, жесты и движения (заторможенность, скованность, мышечные подергивания, суетливость, вычурность, беспокойство, неусидчивость, тремор, особенности походки, координация движений и т.д.). Отмечаются *особенности контакта пациента с врачом*: доброжелательность, открытость, готовность беседовать, способность к соблюдению дистанции, заинтересованность, агрессивность, стремление доминировать или навязывать свою точку зрения и т.п.

Речь

Особенности речи оцениваются как по форме, так и по содержанию. Необходимо отметить темп речи (ускоренный, замедленный, с длительными паузами, внезапными остановками и т.д.), многословие, болтливость или малословие, односложность ответов, громкость, плавность, распевность, четкость, внятность и артикуляцию, последовательность и связность, ее эмоциональность и выразительность (речь монотонная, без смысловых ударений и т.д.), а также особенности голоса (хриплый, звонкий, дрожащий и т.д.). При этом следует давать описание речевых расстройств, приводя примеры, а не пытаться сразу же квалифицировать характер имеющихся нарушений.

Ощущения и восприятие

Оцениваются их точность и дифференцированность, а также соответствие внешним раздражителям. Вопросы следует задавать в общем виде, например: «Нет ли у вас каких-либо необычных ощущений извне или внутри себя?», а лишь затем попытаться уточнить характер необычных ощущений. При наличии сенестопатий пациент обычно расценивает их как ощущения от внутренних органов и описывает их терминами, характерными для соматической медицины: «боли», «жжение», «давление» и т.п. Поэтому важно уточнить характер испытываемых пациентом ощущений, их локализацию, причины и т.д. Для выявления расстройств восприятия, особенно галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, весьма полезным является наблюдение за поведением пациента со стороны. При подозрении на наличие слуховых обманов восприятия важно выяснить, где локализуются голоса, их количество, обращаются ли они к пациенту или разговаривают между собой, в каких условиях возникают, оказывают ли влияние на поведение и состояние пациента и т.д. Не следует задавать пациенту прямых вопросов типа: «Нет ли у вас галлюцинаций?», на которые пациент обычно дает отрицательные ответы, или, напротив, такими вопросами можно его индуцировать.

Эмоциональное состояние (настроение и аффекты)

О состоянии эмоциональной сферы пациента можно судить уже в самом начале беседы по его внешнему виду (поза, выражение лица, двигательная активность и др.), поведению, мимике, особенностям речи, реакциям на внешние раздражители и др. При подозрении на наличие расстройств настроения вопросы следует вначале задавать в более общем виде: «Опишите ваше душевное состояние», «Какое сегодня у вас настроение?», переходя затем к более конкретным вопросам, направленным на обнаружение симптомов эмоциональных нарушений. Например, для выявления депрессии важно выяснить, не испытывает ли пациент постоянной усталости, не утратил ли он жизненную перспективу и чувство уверенности в себе, не испытывает ли чувства вины, способен ли получать удовольствие от повседневной жизни, не посещают ли его мысли о бессмысленности человеческой жизни и т.д. Необходимо выяснить устойчивость настроения, возникновение колебаний без видимых на то причин, адекватность эмоциональных реакций пациента на изменяющиеся жизненные ситуации.

Следует помнить о тесной связи аффективных проявлений с соматовегетативной сферой, особенно выраженной в случаях так называемых «соматизированных депрессий», при которых больные предъявляют в основном жалобы соматического характера вследствие наблюдаемого у них качества, называемого алекситимией. Подобное изложение жалоб типично для людей с низким образовательным уровнем, пожилых пациентов.

Воля и влечения

Волевая сфера и влечения (витальные или инстинкты, патологические) оцениваются прежде всего по особенностям поведения обследуемого: обнаруживает ли он определенные потребности, влечения и желания, способен ли преодолевать возникающие на пути к их достижению препятствия, сколь решителен и настойчив в своей повседневной деятельности, насколько мотивирован и последователен в достижении важных жизненных целей, способен ли противостоять влияниям других людей, отстаивая свои интересы, и т.д. Ослабление воли проявляется бездеятельностью, отсутствием ясных целей, апсонтанностью, а также целым рядом расстройств двигательной сферы, в частности ступором, негативизмом и др.

Внимание

Нарушения в этой сфере проявляются в неспособности к концентрации, повышенной отвлекаемости, невозможности сосредоточения на теме беседы либо, напротив, в патологической фиксации пациента на каком-то вопросе с невозможностью переключить его на другое обсуждение. Недостаток произвольного (активного) внимания часто бывает обусловлен дефектом волевой сферы.

Память

Уже при сборе анамнестических сведений можно обнаружить у пациента расстройства памяти на отдаленные события (*долговременная память*). А так как проверить соответствие фактов, о которых сообщает пациент, реальным событиям врачу порой затруднительно, можно расспросить пациента о каких-либо известных исторических событиях, попросить перечислить факты и даты, фамилии известных людей и т.п. Для проверки памяти на недавние события (*кратковременная память*) нужно расспросить пациента о событиях текущих или нескольких последних дней, например, что он ел сегодня на завтрак, кто навещал его в больнице накануне, какие лечебно-диагностические процедуры или консультации проводились.

Состояние *фиксационной и оперативной памяти* можно проверить, попросив пациента запомнить и воспроизвести 10 не связанных между собой слов-существительных либо чисел (в норме человек после первого предъявления может воспроизвести 6–7). Можно также, заранее не предупреждая пациента о необходимости запомнить это, упомянуть в беседе какой-либо факт, а через 5–10 мин попросить его воспроизвести этот факт.

При этом следует помнить, что результаты проверки памяти, особенно фиксационной и оперативной, будут в значительной степени зависеть от состояния внимания, и поэтому в некоторых случаях плохой результат бывает следствием не расстройств памяти, а нарушенной способности к концентрации внимания.

Мышление и интеллект

Расстройства мышления по *темпу* (ускорение, замедление), *стройности* (разорванное, бессвязное, персеверирующее и др.) и *целенаправленности* (резонерство, аутизм, патологическая обстоятельность и др.) выявляются уже при сборе анамнеза через содержание речевой продукции пациента. Для оценки способности устанавливать связь между предметами и явлениями, находить закономерности, отделять главное и второстепенное, понимать переносное значение слов, улавливать юмор и т.д. существует огромное число способов и приемов, например, попросить пациента пересказать своими словами смысл пословиц и метафор, коротко изложить суть известных литературных произведений, фильмов либо «соль» анекдота, сравнить пары близких и далеких понятий.

Для выявления *обсессий* (навязчивых мыслей) необходимо задать прямые вопросы о том, не испытывает ли пациент каких-либо неприятных ему мыслей, которые он сам считает неправомерными (ошибочными, глупыми) и от которых он сам хотел бы избавиться. С учетом содержания этих мыслей и критического отношения к ним, пациент, как правило, охотно делится ими с врачом. Гораздо более трудным для врача является выявление бредовых идей у больного. С этой целью нельзя задавать прямые вопросы, особенно в случаях бреда преследования, воздействия, отношения, ревности, так как больной обычно отри-

цает наличие подобных идей и диссимулирует свое состояние, пытаясь объяснить неадекватное бредовое поведение случайными фактами, наговорами других людей и т.д. Важно «усыпить бдительность пациента», начав разговор издали, попросить объяснить возможные мотивы поступков окружающих, а затем и самого больного. Сколь бы далекими от реальности и нелепыми ни были бредовые идеи, никогда не следует вступать с пациентом в спор по поводу их правильности, критиковать, пытаться переубедить пациента и т.д. Все сказанное о бреде в полной мере относится и к *сверхценным идеям*.

Общую оценку *интеллекта* можно сделать на основе анализа багажа знаний и умственных навыков пациента в соответствии с полученным образованием, профессией, историей жизни, социальным положением, средой и т.д., а также способности эти знания приобретать и использовать. У детей интеллект оценивается в соответствии с биографическим возрастом пациента. В зависимости от глубины выявляемых в процессе беседы интеллектуальных нарушений для их уточнения можно задавать пациенту вопросы разной степени сложности.

Сознание и самосознание

Для оценки ясности сознания требуется проверить у пациента все виды ориентировки, адекватность отражения окружающей обстановки, способность к последовательности суждений. Нарушения самосознания (деперсонализацию) помогают обнаружить жалобы больных на собственную измененность, отчуждение психических процессов, физических ощущений.

Наличие критики пациента к своим переживаниям, высказываниям, поступкам и состоянию в целом является важнейшим показателем в оценке его психического здоровья. Для ее проверки нужно спросить пациента, считает ли он себя больным, если да, то насколько серьезно, по его мнению, заболевание, являются ли эти нарушения психическими или телесными, опасны ли они для жизни, с какими причинами он связывает заболевание, способен ли справиться с болезнью без посторонней помощи, намерен ли обследоваться и лечиться, будет ли следовать назначениям врача и т.д. Вполне очевидно, что способность осознавать свое заболевание у разных больных весьма различна (вплоть до его полного отрицания) и именно она оказывает важнейшее влияние на план лечения и последующие лечебно-диагностические мероприятия.

4.1.2. Особенности психиатрического обследования детей и подростков

Отличительной особенностью обследования в детско-подростковой психиатрии является необходимость учета влияния возрастных факторов на клинические проявления, динамику, исход и прогноз психических расстройств. Возрастные особенности ребенка, связанные с незрелостью психики в целом, а также таких важнейших ее составляющих, как интеллект и самосознание, обуславливают недостаточность

осознания им своего психического состояния (своеобразную анозогно-зию), неспособность описывать свои переживания, пассивное, а иногда оппозиционное (протестное) отношение к лечению.

Психиатрическое обследование детей существенно отличается от обследования взрослых. При контакте с детьми сложно, а порой и нецелесообразно придерживаться жестких стандартных схем опроса. Дети, особенно подростки, гораздо более чувствительны к фальши и неестественности в поведении врача. Врачу требуется применить неформальный подход к ребенку для установления атмосферы доверия и открытости, в противном случае продуктивность контакта будет недостаточной.

Сбор анамнестических сведений, необходимых для выявления и диагностики возможного психического расстройства у ребенка, обычно начинается с *беседы с родителями или другими законными представителями ребенка*. У детей младшего возраста практически все сведения врачи получают со слов родителей. Рекомендуется начать беседу с родителями в присутствии ребенка, что поможет создать атмосферу доверия и преодолеть возможный страх у ребенка перед врачом. Помимо этого, во время совместного осмотра врач имеет возможность, наблюдая за родителями и ребенком, определить характер отношений между родителями и ребенком, тип воспитания, отношения между самими родителями. Учитывая, что в присутствии ребенка родители не всегда могут дать полные сведения о нем, следующим этапом должна быть беседа врача наедине с родителями.

Необходимо критично относиться к некоторым описаниям симптомов у ребенка родителями, учитывая их субъективизм. Важно задавать уточняющие вопросы, просить приводить факты, а не называть конкретные симптомы и диагнозы, даже если они были выставлены ранее. Если в беседе с врачом родители неохотно говорят о психологических проблемах их детей, атмосфере в семье, школе, целесообразно задать им прямые, откровенные вопросы. При этом важно суметь так сформулировать вопросы и провести беседу в целом, чтобы, выявив имеющиеся расстройства, в частности эмоциональные (страх, тревога, депрессия, суицидальные высказывания и попытки), поведенческие нарушения (прогулы школьных занятий, уходы из дома, драки, кражи и т.д.), интеллектуальные затруднения, сказывающиеся на школьной успеваемости и т.д., не вызвать индуцирования дающих сведения, в результате чего ребенку могут быть приписаны отсутствующие нарушения. Оценивая особенности семейной жизни, следует интересоваться психологической обстановкой в семье, недавними неблагоприятными событиями (например, смерть кого-либо из близких, развод родителей и т.д.) и реакцией на них ребенка.

Беседа с ребенком допустима без присутствия родителей. Иногда ребенок может предоставить дополнительные анамнестические сведения, которые по каким-то причинам не сообщили родители, точнее, чем родители, описать имеющиеся симптомы и свое отношение к ним. Особое значение имеет беседа с ребенком в том случае, если у врача

есть основания подозревать плохое обращение с ребенком. Начинать беседу следует с общего обсуждения жизни ребенка в семье, любимых занятий, имеющих домашних животных и т.п. Разговор должен быть обоюдно заинтересованным, эмоциональным, чтобы вызвать доверие ребенка. Постепенно можно подвести ребенка к обсуждению наиболее значимых для него тем. Использовать в беседе можно лишь доступные ребенку слова и выражения.

Беседа с детьми младшего возраста обычно затруднительна в связи с недостаточной развитостью речи, страхом ребенка перед чужими людьми. Поэтому особое значение имеют результаты наблюдения за их поведением, взаимодействием с родителями, другими людьми. Добиться продуктивного контакта с очень маленькими детьми можно с помощью рисунков и игрушек.

При проведении *беседы с детьми старшего возраста и подростками* можно использовать подходы, аналогичные таковым при работе со взрослыми пациентами.

Трудности беседы с подростком заключаются в его недоверии, порой оппозиционном отношении к взрослым, включая врачей. Поэтому важно суметь расположить подростка благодаря своей искренности, дружелюбию, демонстрации желания помочь разобраться в существующих проблемах. Для эффективной беседы важно с самого начала проявить интерес к личности подростка, его увлечениям, друзьям, мечтам, а лишь затем перейти к имеющимся сложностям и проблемам. С подростком целесообразно беседовать наедине после завершения беседы с родителями. При этом не следует скрывать от него сведения, полученные от родителей, важно попытаться вместе с ним понять причины каких-либо поступков, неправильного поведения. Не следует обманывать подростка, так как свойственная этому возрасту ранимость и категоричность могут серьезно подорвать доверие пациента к врачу.

4.1.3. Дополнительные методы клинического обследования

Специальные клинические карты и шкалы для оценки психических расстройств

В связи с компьютеризацией медицинской документации получили распространение различные стандартизированные оценки психических нарушений, например формализованные истории болезни. Идею возможности подобной оценки высказал в 1918 г. выдающийся немецкий психиатр Э.Крепелин. С середины 1960-х годов было предложено множество схем, карт с перечислением симптомов и шкал, где выраженность каждого симптома, кроме того, оценивается в баллах. Выделяют два основных типа шкал — самооценки и «объективные».

Шкалы самооценки заполняет сам больной. В основном они предназначены для оценки непсихотических расстройств, например для больных с неврозами, которые дают оценку в баллах каждой из своих жалоб (утомляемость, раздражительность, плохой сон и т.д.) до и по-

сле лечения. «Объективные» шкалы заполняются врачом на основании клинического обследования больного. В баллах оценивается тяжесть каждого симптома — суммарный балл отражает тяжесть состояния.

Использование клинических (психометрических) шкал наиболее распространено в США и странах Западной Европы. Для оценки выраженности депрессивных проявлений используются шкалы Гамильтона, Цунга и многие другие; при проведении испытаний психотропных препаратов для клинического изучения эффективности нейрорептиков широко используется список симптомов Фишер—Корнельсен, шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale — CGI), шкалы для оценки побочных явлений терапии. Для оценки дефицитарных состояний при шизофрении была разработана шкала качества жизни (The Quality of Life Scale — QLS). Огромное количество клинических шкал используется в пограничной психиатрии: оценочная клиническая шкала тревоги Шихана, шкала оценки панических атак и приступов тревоги Шихана, опросник реагирования на болезнь (Response to Illness Questionnaire — RIQ), предназначенный для верификации психогенных (нозогенных) реакций у больных с соматической патологией и др. В гериатрической психиатрии психометрические шкалы применяются для определения выраженности различных компонентов мнестико-интеллектуального (когнитивного) снижения, в том числе памяти, ориентировки, интеллектуальных функций, речи, письма, чтения, счета, праксиса и оптико-пространственной деятельности.

4.2. Значение в психиатрии соматического и неврологического обследований

Соматическое обследование психически больных необходимо для того, чтобы не пропустить серьезные заболевания (например, опухоль, сердечную аритмию, пневмонию, инфекцию и др.), которые могут не только сопутствовать психическому расстройству, но и быть его основной причиной, например делирий при инфекционных заболеваниях и интоксикациях, астения как симптом сосудистого поражения мозга, депрессия как одно из первых проявлений опухоли либо сахарного диабета и т.д. Важно проводить дифференциальную диагностику органических и функциональных (конверсионных, соматоформных) расстройств. Необходимость наблюдения за соматическим состоянием больных обусловлена и тем, что многие психотропные средства способны вызывать побочные эффекты (ортостатический коллапс, нарушения сердечного ритма, задержка мочеиспускания, запоры, аменорея, галакторея и др.), а иногда и осложнения (злокачественный нейрорептический синдром, гепатиты, агранулоцитоз, кожные токсико-аллергические реакции и др.). Активное наблюдение за соматическим состоянием требуется у физически ослабленных, дементных больных, малодоступных вследствие кататонических или галлюцинаторно-бредовых расстройств, так как они не способны из-за своего психического состояния предъявлять

жалобы соматического характера, в результате можно пропустить серьезную патологию.

Проведение соматического осмотра способствует установлению доверия пациента по отношению к врачу, так как врач, не осмотревший и не оценивший физическое состояние больного, воспринимается последним как просто слушатель, советчик, психолог. Соматический осмотр в представлении больных является свидетельством серьезности медицинского обследования.

Методика обследования не отличается от принятой в общей медицине, однако при этом важно обратить внимание на некоторые специфические признаки — кровоподтеки, татуировки, старые шрамы, особенно на лице и волосистой части головы, следы инъекций, в том числе не только в области локтевых сгибов, но и в неожиданных местах (например, под языком), рубцы от прикусов слизистой щек и языка, сломанные зубы, следы strangulation на шее, резаные раны в области предплечий и т.д. Соматический осмотр больных, не способных по своему психическому состоянию предъявить жалобы, должен быть особенно тщательным. При наличии некоторых видов бреда, негативизме больные могут намеренно утаивать соматические нарушения. Если из-за резкого возбуждения и сопротивления больного осмотреть не удастся, то это должно быть отмечено в истории болезни.

Требования к психиатрической истории болезни. Дневниковые записи включают высказывания больного, результаты наблюдения за его поведением, консультации специалистов, лабораторные исследования и все лечебные мероприятия. Частота записей определяется состоянием больного — от нескольких в течение одних суток (тогда указывается час) при острых и опасных для жизни состояниях до одной в неделю у хронических стационарных больных.

При домашних отпусках записываются сведения о дне и часе ухода и возвращения, о выданных на руки лекарствах и психическом состоянии до и после отпуска, а также о поведении дома (со слов близких).

Если пациент лечился ранее в других психиатрических учреждениях, то от них запрашиваются медицинские сведения. При выписке история болезни завершается эпикризом, кратко отражающим все ее содержание. Копия данного эпикриза обычно высылается по запросу других психиатрических учреждений и служит медицинскими сведениями. Сама же история болезни выдается только по требованию прокурора или суда под расписку их представителя.

Неврологическое обследование. Неврологический осмотр проводится по правилам неврологического осмотра. Важно отметить так называемые минимальные нарушения (асимметрия лицевой иннервации, сухожильных рефлексов и т.д.), которые могут быть следствием резидуального органического (посттравматического и др.) поражения головного мозга. Необходимо уметь выявлять грозные признаки, свидетельствующие о наличии у больного текущей органической патологии (посттрав-

матического, сосудистого, опухолевого генеза), сопровождающейся психическими расстройствами.

4.3. Экспериментально-психологическое обследование (психологическое тестирование)

Экспериментально-психологическое обследование проводится специалистами — медицинскими (клиническими) психологами или врачами, получившими специальную подготовку по медицинской психологии. Задачей является обнаружение нарушений психических процессов — восприятия, памяти, внимания, мышления, — оценка особенностей интеллекта и личности в целом. Важны те инициальные, маловыраженные нарушения, которые еще могут не проявляться при клиническом обследовании. Например, с помощью специальных приемов, когда в начале шизофрении еще не проявились нарушения мышления, могут быть установлены характерные искажения процесса обобщения. При начинающемся органическом слабоумии тонкие нарушения памяти и внимания также могут быть установлены только с помощью специальных психологических методик. У больных с дефектами психики в целях реабилитации психологические исследования позволяют оценить наиболее сохранные стороны личности, навыки и умения. Специальные приемы предназначены для обнаружения тех болезненных переживаний, которые больной не раскрывает, например скрытой депрессии или психотравмирующих ситуаций.

Экспериментально-психологическое обследование позволяет получить более подробную и объективизированную информацию о состоянии различных психических сфер и личности пациента, что может быть весьма полезным для решения диагностических и дифференциально-диагностических вопросов, уточнения глубины и характера поражений, индивидуализации и оценки эффективности проводимого лечения, а в ряде случаев и для решения вопросов профессиональной пригодности, трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертизы. В то же время необходимо отметить, что эти исследования никак не заменяют собой клинические данные и полезны только в том случае, если их цель заранее сформулирована клиницистом. Направляя больного на психологическое обследование, необходимо сформулировать вопросы, в первую очередь интересующие врача, позволяющие, например, выяснить уровень интеллекта, наличие нарушений мышления, характерных для шизофрении; изменений памяти и внимания, присущих органическому поражению мозга; личностных особенностей при неврозах и психопатиях и т.д.

Медицинский психолог представляет врачу-психиатру полученные результаты психологического обследования больного и их толкование. Эти данные для клинического диагноза служат только вспомогательным материалом, их окончательная оценка остается за врачом.

Наиболее распространенные методики экспериментально-психологического исследования

Внимание и умственная работоспособность оцениваются с помощью следующих методик.

1. *Корректирующая проба.* Данная методика впервые предложена Б.Бурдоном в 1895 г. Она используется для исследования устойчивости внимания и способности к его концентрации. Корректирующая проба очень проста и не требует специальных приспособлений, кроме бланков и секундомера. Бланки представляют собой ряды букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание одной или двух букв по выбору исследующего. Можно каждые 30–60 секунд отмечать положение карандаша больного. Исследующий обращает внимание на количество ошибок, темп выполнения, распределение ошибок в течение опыта, характер ошибок (пропуски отдельных букв или строчек, зачеркивание других букв и т.д.).

2. *Счет по Крепелину.* Методика предложена Э.Крепелином в 1895 г. Она применяется для исследования переключения внимания, а также работоспособности. На специальных бланках расположены столбцы цифр, которые испытуемый должен складывать или вычитать в уме, а на бланке записывать результат. После выполнения задания исследующий обращает внимание на количество ошибок, их распределение, объем выполненного задания, темп, способность переключаться, т.е. делает вывод о работоспособности (истощаемости, вработываемости), расстройствах внимания.

3. *Отыскивание чисел на таблицах Шульте.* Исследование проводят с помощью специальных таблиц, где хаотично расположены числа от 1 до 25. Испытуемый указкой показывает числа по порядку, называя их вслух, при этом фиксируется время выполнения задания. Таким образом, исследуют темп сенсомоторных реакций, особенности переключения внимания, объем внимания, сосредоточенность (отвлекаемость), повышенную истощаемость по гиперстеническому или гипостеническому типу, вработываемость.

4. Для исследования переключения внимания, инертности психических процессов, истощаемости можно использовать *модифицированную таблицу Шульте*. Это красно-черная таблица содержит 49 чисел, из них 25 черных (1–25) и 24 красных (1–24). Испытуемый попеременно должен показывать черные и красные цифры. Причем черные в порядке возрастания, а красные в порядке убывания. Методика используется в первую очередь для исследования динамики мышления, способности переключать внимание.

5. *Отсчитывание.* Методика предложена Э.Крепелином. Испытуемый отсчитывает от 100 одно и то же число (обычно 17, 13, 7, 3). Экспериментатором отмечаются паузы. Исследуется характер ошибок, следование инструкции, переключение, сосредоточенность, истощаемость внимания.

Нарушения памяти можно оценить с помощью таких простых приемов, как запоминание 10 слов, не связанных по смыслу. Возможность их воспроизведения проверяется сразу (кратковременная память, в норме воспроизводят больше 6 слов) и через несколько часов (долговременная память). Строится кривая запоминания. Другими приемами проверяется воспроизведение коротких рассказов (смысловая память) или показанных картинок (зрительная память) и др. Опосредованное запоминание, наряду с ассоциативным процессом, проверяется с помощью метода пиктограмм, предложенных А.Р.Лурия. Для запоминания 10–12 слов или смысловых словосочетаний предлагается сделать рисуночные наброски.

Нарушения мышления проверяются с помощью методик «Классификация предметов», «Сравнение понятий», понимания переносного смысла пословиц и метафорических выражений.

Выявление искажения процесса обобщения как признака, характерного для шизофрении. Для этого используются различные приемы. Один из них состоит в том, что из 4 картинок с предметами требуется отобрать лишнюю, не подходящую к другим («четвертый лишний»). Например, на 3 картинках нарисованы цветы (роза, ромашка, сирень), а на 4-й — фрукт (виноград). Больной шизофренией отбирает как лишнюю ромашку («все растут на кустах, а она на земле»). Обобщение осуществляется по несущественным (латентным) признакам. Однако подобный признак выявляется не у всех больных шизофренией и в то же время иногда встречается при шизоидной психопатии и акцентуации характера.

Оценка уровня интеллекта чаще всего осуществляется с помощью теста Векслера. На основании выполнения обследуемым заданий вычисляется IQ (Intellectual Quotient), официально принятый для этой цели ВОЗ. Средней нормой считается 100, но в современной здоровой популяции в развитых странах у большинства величина выше 100. Величины от 90 до 70 считаются областью пограничной, «низкой нормой», но не рассматриваются как слабоумие. К легкой степени умственной отсталости (дебильности) относят величины от 70 до 50, средней степени умственной отсталости (имбецильности) соответствуют показатели ниже 50, глубокому слабоумию — ниже 20.

Выявление скрытой депрессии и тревоги может также достигаться разными приемами. Распространен цветовой тест М.Люшера (в норме предпочитают красный, желтый, зеленый цвета, при депрессии — черный, серый, коричневый, фиолетовый). Некоторые личностные опросники имеют специальные шкалы депрессии. Для выявления тревоги также разработаны специальные приемы, например шкала тревоги Ж.Тейлор. По ответам на косвенные вопросы (наличие кошмарных сновидений и т.д.) судят о степени тревожности.

Наиболее известные методики исследования личности

Метод исследования уровня притязаний. Методика используется для исследования личностной сферы больных. Больному предлагают ряд

задач, пронумерованных по степени сложности. Испытуемый сам выбирает посильную для себя задачу. Экспериментатор искусственно создает ситуации успеха-неуспеха для больного, при этом анализирует его реакцию в этих ситуациях. Для исследования уровней притязаний можно использовать кубики Кооса.

Метод Дембо–Рубинштейна. Используется для исследования самооценки. Испытуемый на вертикальных отрезках, символизирующих здоровье, ум, характер, счастье, отмечает, как он оценивает себя по этим показателям. Затем отвечает на вопросы, раскрывающие его представление о содержании понятий «ум», «здоровье» и т.д.

Метод фрустрации Розенцвейга. С помощью этого метода исследуются характерные для личности реакции в стрессовых ситуациях, что позволяет сделать вывод о степени социальной адаптации.

Метод незаконченных предложений. Тест относится к группе вербальных проективных методов. Один из вариантов этого теста включает 60 незаконченных предложений, которые испытуемый должен закончить. Эти предложения могут быть разделены на 15 групп, в результате исследуются отношения испытуемого к родителям, лицам противоположного пола, начальству, подчиненным и т.д.

Тематический аперцептивный тест (ТАТ) состоит из 20 сюжетных картин. Испытуемый должен составить рассказ по каждой картине. Можно получить данные о восприятии, воображении, способности осмысливать содержание, об эмоциональной сфере, способности к вербализации, о психотравме и т.д.

Метод Роршаха. Состоит из 10 карт с изображением симметричных одноцветных и полихромных чернильных пятен. Тест используется для диагностики психических свойств личности. Испытуемый отвечает на вопрос, на что это может быть похоже. Формализация ответов проводится по 4 категориям: расположение или локализация, детерминанты (форма, движение, цвет, полутона, диффузность), содержание, популярность-оригинальность.

Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРП). Предназначен для исследования свойств личности, особенностей характера, физического и психического состояния испытуемого. Испытуемый должен отнестись положительно или отрицательно к содержанию предлагаемых в тесте утверждений. В результате специальной процедуры строится график, на котором изображено соотношение исследуемых личностных особенностей (ипохондриии — сверхконтроля, депрессии — напряженности, истерии — лабильности, психопатии — импульсивности, гипомании — активности и оптимизма, мужественности — женственности, паранойи — ригидности, психастении — тревожности, шизофрении — индивидуалистичности, социальной интроверсии).

Подростковый диагностический опросник А.Е.Личко (ПДО). Используется для диагностики психопатий и акцентуаций характера у подростков.

Ставятся также другие задачи психологической диагностики. Для их решения прибегают к множеству методов, сведения о которых врач может получить в специальной литературе.

4.4. Роль параклинических методов исследования

4.4.1. Инструментальные методы

Краниография — рентгенограмма костей черепа — позволяет по косвенным признакам судить об органическом поражении мозга. Например, усиление пальцевидных вдавлений служит признаком длительного повышения внутричерепного давления, участки избыточного обызвествления встречаются после перенесенных черепно-мозговых травм.

Пневмоэнцефалография (ПЭГ) — рентгенография мозга, проводимая после выпуска части спинномозговой жидкости и введения вместо нее воздуха или кислорода, которые заполняют желудочки мозга и субарахноидальное пространство. Этим методом удается выявить спаечные процессы в мозговых оболочках, некоторые опухоли, атрофические изменения. С появлением компьютерной томографии головы данный метод можно считать устаревшим.

Ангиография сосудистой системы мозга производится путем введения через сонную артерию контрастных или радиоактивных веществ с последующей рентгенографией. Позволяет выявить поражения мозговых сосудов, а также локальные поражения мозга (опухоли и др.). Необходимо согласие больного или его родных на данную процедуру.

Электроэнцефалография (ЭЭГ). Позволяет изучить биоэлектрическую активность клеток мозга и ее отклонения при различных заболеваниях, а также локализацию болезненного процесса. Обнаруживает значительные межиндивидуальные различия, изменяется с возрастом, в зависимости от функционального состояния ЦНС (сон, бодрствование, умственная нагрузка), а также под воздействием различных лекарственных средств. ЭЭГ высокоинформативна в диагностике эпилепсии и других пароксизмальных нарушений, а также опухолей, сосудистых и травматических повреждений мозга, в контроле за ходом лечения при эпилепсии.

Полисомнография включает ЭЭГ и электромиографию. Часто выполняется совместно с записью ЭКГ, регистрацией кожно-гальванической реакции, температуры тела, движения глазных яблок во время сна и др. Эти исследования предоставляют важную информацию при таких состояниях, как ночная миоклония, ночное апноэ, энурез, сомнамбулизм, судорожные припадки, депрессия и др.

Эхоэнцефалография (эхоЭЭГ) — исследование с помощью ультразвука, позволяющее обнаружить боковое смещение структур мозга от средней линии. Информативно в диагностике опухолей, некоторых сосудистых повреждений и мозговых атрофий, а также для выявления расширения желудочков мозга.

Реоэнцефалография (РЭГ) — метод регистрации сопротивления тканей мозга электрическому току. Поскольку величина сопротивления в значительной степени связана с кровенаполнением тканей, метод позволяет судить об особенностях мозговой гемодинамики и используется в диагностике сосудистых повреждений мозга — атеросклероза, мультиинфарктной деменции, инсультов.

Компьютерная томография (КТ) — метод рентгенодиагностики, позволяющий послойно изучить плотность ткани мозга. Высокоинформативен в диагностике многих мозговых опухолей, прогрессирующих дегенеративных и атрофических заболеваний ЦНС, особенно болезни Альцгеймера. Может быть использован в случаях впервые возникших состояний делирия, спутанности сознания и деменции, если причина их неизвестна. Позволяет также обнаружить атрофию мозга при шизофрении и злоупотреблении алкоголем и некоторыми другими психоактивными веществами, хотя метод и не является ведущим в диагностике этих форм психических расстройств.

Магнитно-резонансная томография (МРТ), или ядерно-магнитный резонанс, основана на регистрации с помощью сложной компьютерной техники радиочастотных импульсов, излучаемых структурами головного мозга под воздействием на них магнитного поля. Компьютерная обработка радиочастотных сигналов, излучаемых структурами мозга при воздействии на них магнитного поля, позволяет реконструировать структурное изображение мозга. Большое значение данное исследование имеет в диагностике демиелинизирующих процессов (особенно рассеянного склероза), деменции, резидуальных повреждений головного мозга. Преимущества МРТ перед КТ: радиационная безопасность, изображение во всех плоскостях, включая сагиттальную, венечную, дополнительно к поперечному срезу; более высокая разрешающая способность при изображении структуры ткани; четкое разграничение белого и серого вещества мозга; более четкое изображение повреждений при демиелинизирующих заболеваниях (рассеянный склероз); отличное изображение гипофизарной области и задней черепной ямки.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) обеспечивает изображение функционального состояния мозга и является особенно многообещающим методом при исследовании нейротрансмиттерных систем. Химические элементы (кислород, углерод и азот) с коротким периодом полураспада и излучающие позитроны используются в качестве метки органических соединений (например, глюкозы, аминокислот и нейромедиаторов). Последние вводятся в организм с помощью инъекции или ингаляции. Затем картируется распределение этого вещества в разных отделах мозга. С помощью ПЭТ можно визуализировать картину мозгового кровотока, выявлять определенные нейротрансмиттерные системы головного мозга, *in vivo* оценивать характер мозгового метаболизма (например, глюкозы). Существенным преимуществом этого метода является его способность обнаруживать мозговую патологию на функциональном уровне до этапа грубых органических нарушений.

С помощью ПЭТ обнаружено снижение функциональной активности лобных долей при шизофрении. Метод дает сведения о локализации дофаминовых рецепторов, что важно в изучении новых нейролептиков при лечении шизофрении. В настоящее время в связи с его высокой стоимостью является преимущественно методом научного исследования, а не повседневной практики.

4.4.2. Лабораторные методы

Фармакологические методы обследования

Лекарственные средства могут использоваться не только для лечения, но и для диагностики, обычно в виде однократного их введения и оценки реакции на них.

Барбамил-кофеиновое (амитал-кофеиновое) растормаживание раньше широко применялось у больных в состоянии ступора даже для того, чтобы их накормить, а также при мутизме, в том числе истерическом и бредовом. Внутривенно вводили от 2 до 8 мл (чаще 4–6 мл) 5% раствора барбамила и 1–2 мл 10% раствора кофеина (впрочем, барбамил без кофеина действовал так же). На несколько минут возникают эйфория, болтливость, желание поделиться своими мыслями. Однако при сильном и настойчивом желании скрыть свои переживания эта способность может сохраниться. После того, как барбамил в нашей стране был включен в список наркотиков, а также по этическим соображениям этот метод запрещен к использованию в практической психиатрии.

Седуксеновый тест — внутривенное введение 20–40 мг седуксена (диазепам, реланиум) в виде 0,5% раствора — служит для выбора эффективной терапии при депрессии. Если после вливания депрессивные переживания на время исчезают, то показаны противотревожные средства (например, феназепам, амитриптилин), если же сохраняются, то более эффективен мелипрамин.

Дексаметазоновый тест (ДТ). Выявляет дисфункцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. В норме однократный прием внутрь дексаметазона ведет к подавлению выработки кортизола корой надпочечников (отрицательный тест), что обеспечивает постоянство концентрации в крови глюкокортикоидов. При некоторых патологических состояниях это подавление слабо выражено или не происходит (положительный, или патологический, тест). Используется в психиатрии с начала 1980-х годов. Существует несколько методик проведения ДТ. В США и Западной Европе тест чаще всего проводится следующим образом: испытуемому дают принять в 23 часа 1 мг дексаметазона внутрь, а в 8, 16 и 23 часа на следующий день определяют содержание кортизола в плазме радиоиммунным методом; если содержание его превышает 5 мг/дл, тест считается патологическим. Достаточно чувствителен в выявлении депрессивных состояний. Полезен для проведения дифференциальной диагностики в сложных случаях, например, если депрессия проявляется картиной, напоминающей деменцию и т.п., для контроля

за ходом терапии антидепрессантами, решения вопроса о возможности прекращения поддерживающей терапии ими, вероятности рецидива аффективного расстройства (становится патологическим раньше, чем появятся клинические проявления). Бывает ложноположительным при резкой потере массы тела, гипертермии.

Терапия *ex juvantibus* — «лечение на пробу», когда эффект от примененного лекарства подтверждает диагноз.

Например, при скрытых эндогенных депрессиях лечение антидепрессантами вызывает заметное улучшение настроения, в то время как в отсутствие депрессии антидепрессанты таким действием не отличаются.

Другие лабораторные исследования

Исследование спинномозговой жидкости

Люмбальная пункция (поясничный прокол) для получения спинномозговой жидкости осуществляется врачом, владеющим техникой этого метода. Для анализа берут в пробирку 4–8 мл. Очень частые капли, а тем более струя ликвора свидетельствуют о повышении внутричерепного давления. Свежая кровь в ликворе может быть следствием повреждения мелких сосудов при проколе. При арахноидальных и мозговых кровоизлияниях ликвор имеет вид мясных помоев. После пункции пациент в течение 2–3 ч должен лежать не поднимая голову, а в течение суток — соблюдать постельный режим.

Люмбальная пункция производится только с согласия больного, а при его неспособности дать согласие, при бессознательном состоянии или тяжелом психическом расстройстве — с согласия родных или близких.

Показанием для пункции служит подозрение, что психические расстройства вызваны сифилитическим, опухолевым, воспалительным или иным органическим поражением головного мозга.

Содержание клеточных элементов (в норме 3–5 клеток в 1 мкл) резко возрастает при менингитах, меньше — при энцефалитах и мозговых опухолях (до 100 в 1 мкл). При острых воспалениях преобладают нейтрофилы, при хронических — лимфоциты. Содержание белка (в норме 0,15–0,3 г/л) возрастает и при воспалительных процессах, и при опухолях. Но для опухолей, затрудняющих венозный отток от мозга, особенно характерна «белково-клеточная диссоциация»: содержание белка возрастает в десятки раз, а цитоз увеличивается незначительно.

Для распознавания сифилитического поражения мозга, включая сифилитический менингит, сифилис мозга и прогрессивный паралич, раньше широко использовались коллоидные реакции (Ланге — с хлорным золотом — и парафиновая). Другие серологические реакции с ликвором для распознавания сифилитического поражения мозга: реакции Вассермана, Кана, Закса–Витебского, иммобилизации бледных трепонем — РИБТ, иммунофлуоресценции — РИФ и др.

Исследование крови и мочи

Общепринятые анализы крови и мочи производятся для того, чтобы не пропустить сопутствующие соматические, инфекционные и другие заболевания. Особенно они важны у больных, которые сами не предъявляют соматических жалоб.

При лечении психотропными средствами встречаются, хотя и редко, осложнения со стороны органов кроветворения и почек. При лечении аминазином и другими производными фенотиазина, а также лепонексом (клозапином) и мелипрамином описаны случаи агранулоцитоза (резкое уменьшение числа нейтрофилов в крови до полного их исчезновения при относительном лимфоцитозе). Длительное лечение галоперидолом может вызвать лимфоцитоз. Клинические анализы мочи особенно необходимы, чтобы не пропустить стертые признаки заболеваний почек, которые могут служить противопоказаниями для лечения психотропными средствами.

Биохимические анализы крови и мочи производят по специальным показаниям. Определение содержания глюкозы в крови необходимо не только при подозрении на сахарный диабет, но и при проведении инсулинотерапии психозов и при подозрении на интоксикацию гашишем (гипогликемия). При лечении препаратами лития маниакально-депрессивного и шизоаффективного психозов необходимо регулярное (вначале 1 раз в месяц, затем — 1 раз в 2–3 мес.) определение его концентрации в крови. Она должна быть от 0,6 до 1,2 мэкв/л. При длительном лечении нейролептиками необходимо также проверять протромбиновый индекс в связи с опасностью развития тромбоэмболической болезни.

Для того чтобы проверить, принимает ли пациент назначенные ему психотропные средства, проводят специальные биохимические исследования мочи. Анализы мочи производятся для определения содержания в ней психоактивных веществ (токсикологический скрининг).

4.5. Генетические методы исследования

Несмотря на то что во многих исследованиях было доказано значение наследственных факторов в генезе психических заболеваний, их конкретная роль до настоящего времени во многом остается неясной. Отмечается генетическая гетерогенность и полигенность большинства психических заболеваний, в частности это относится к таким болезням, как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, болезнь Альцгеймера. Лишь немногие заболевания связаны с определенным генотипом. В настоящее время для изучения роли наследственности наиболее широкое распространение получили генетическое консультирование, использующее генеалогические методы, а также методы цитогенетических, биохимических, молекулярно-биологических исследований.

Наиболее изучены хромосомные нарушения. Среди лиц, страдающих тяжелой формой слабоумия, в 15–18% случаев имеются хромосомные изменения. Примером таких аномалий являются хорошо извест-

ные клиницистам четко очерченные клинические синдромы: синдром Дауна (21-трисомия), синдром Клайнфелтера (XXY), синдром Шерешевского—Тернера (X0), синдром Эдвардса (18-трисомия), синдром Патау (13-трисомия). К другим хромосомным aberrациям относятся такие нарушения, при которых общее число хромосом может оставаться нормальным, а изменяется структура самой хромосомы: транслокации (обмен сегментами между хромосомами), делеции (отсутствие части хромосомы), кольцевые хромосомы и т.д. Число возможных перестроек практически неисчислимо. Причины возникновения хромосомных aberrаций пока еще недостаточно изучены. К факторам, способствующим возникновению хромосомных aberrаций, относят ионизирующее излучение, тяжелые инфекции и интоксикации, эндокринные нарушения, психические травмы, воздействие ряда химиопрепаратов и некоторых физиотерапевтических методов лечения. Наиболее точно установленным фактором является возраст родителей, особенно матерей. Важную роль в возникновении хромосомных синдромов играет факт скрытого носительства хромосомных нарушений у родителей (сбалансированные транслокации, мозаицизм).

Для обнаружения хромосомных aberrаций и других изменений хромосом используются **цитогенетические исследования**. Перспективным методом профилактики хромосомной патологии является антенатальная диагностика, т.е. исследование клеток амниотической жидкости на 16–18-й неделе беременности или клеток хориона в более ранние сроки. Внедрение антенатальной диагностики в широкую практику с охватом контингентов повышенного риска позволит значительно сократить частоту рождения детей с хромосомными заболеваниями.

Одним из методов активного выявления наследственной патологии является *проведение просеивающих (скринирующих) программ среди новорожденных и специальных групп населения*, основанных на применении экспресс-методов диагностики ряда наследственных болезней (фенилкетонурия, галактоземия, муковисцидоз, гипотиреоз, гомоцистинурия, лейциноз и др.).

Использование **клинико-генетического метода** позволяет поставить точный диагноз, раскрыть генетическую гетерогенность наследственных болезней, дает возможность при стертых формах клинической картины диагностировать наследственное заболевание или наследственную предрасположенность.

Глава 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ

5.1. Правовые основы оказания психиатрической помощи. Закон «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании»

Психиатрия, по сравнению с другими медицинскими специальностями, всегда привлекала особое общественное внимание.

Перед здравоохранением и обществом в целом, как за рубежом, так и в нашей стране, стоит важнейшая задача — *избавление лиц с психическими и поведенческими расстройствами от стигматизации*, т.е. навешивания обществом ярлыков вроде «сумасшедший», «помешанный», «полоумный» и т.д. с рекомендациями держаться от них подальше. Страдают от такого отношения не только сами больные, но и их родственники, у которых возникает чувство неловкости перед окружающими за то, что член их семьи страдает психическим заболеванием, стремление скрыть сам факт наличия в семье психически больного. Судя по работам ряда авторов, посвященным этой проблеме, в наибольшей степени стигматизация психически больных поразила западноевропейское общество. Отмечается, что даже простое «посещение психиатра стало почти социальной стигмой». Подобное отношение к психиатрии наблюдается, к сожалению, и в нашей стране. Сложился миф о неизлечимости психических заболеваний, опасности психически больных, полной непредсказуемости их поведения. В то же время, как свидетельствует статистика, случаи агрессивного поведения среди больных встречаются не чаще, чем среди здоровых людей. Эти явления подрывают веру пациентов и их родственников в возможность выздоровления, поддерживают антипсихиатрические настроения, приводят людей с психическими расстройствами к социальной изоляции, лишают их возможности своевременного полноценного лечения, нормального социального функционирования. Очевидно, что подобное отношение окружающих к психически больному человеку приводит к развитию у него комплекса неполноценности, ущербности и к усугублению симптомов заболевания. Часто случается, что душевнобольные попадают

в тюрьму. Причинами могут быть бродяжничество, токсикомания или какие-то действия, совершаемые, как правило, в момент приступа или обострения болезни.

Нередко наблюдаются *различные виды социальной дискриминации, ущемление прав и интересов психически больного*. Пациенты с психическими расстройствами часто испытывают *трудности в получении жилья*. Так, по данным И.Я.Гуровича, в нашей стране насчитываются лишь единицы общежитий для психически больных, утративших социальные связи, и имеются они только в 6 из 88 регионов России, тогда как в других странах подобные учреждения занимают очень важное место. Велико число психически больных среди бездомных.

Лица с психическими расстройствами испытывают также *трудности со страхованием и трудоустройством*. При этом более 60% больных, имеющих инвалидность, — лица трудоспособного возраста. В то же время число психически больных инвалидов, трудоустроенных и работающих на общем производстве, с 1990 г. уменьшилось в 2 раза. Сократилась трудовая занятость больных-инвалидов в специально созданных условиях: среди них число занятых трудом в лечебно-производственных мастерских сократилось в 3 раза. Также в 3 раза сократилось число больных-инвалидов, трудоустроенных в специализированные цеха («защищенные» рабочие места) для психически больных на обычных предприятиях.

Защитить права и интересы больных с психическими расстройствами был призван первый в истории России закон о психиатрической помощи, вступивший в силу с 1.01.1993 г. Дело в том, что отечественная психиатрия в определенный период в обстановке общего неуважительного отношения к законам в области свобод и прав человека регулировалась полузакрытыми ведомственными актами, не всегда соответствующими международным стандартам и Конституции, что вызывало серьезную критику как со стороны Всемирной психиатрической ассоциации, так и общественности. С принятием и введением в действие настоящего Закона, соответствующего всем основным международным декларациям и пактам по защите прав человека и основных свобод, в нашей стране в юридическом плане положен конец нарушениям прав человека и гражданина при оказании психиатрической помощи. Само название Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» свидетельствует, что вопрос о гарантиях прав граждан является ключевым. Это прослеживается во всех статьях Закона, в которых рассматриваются конкретные формы оказания психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.

К основным положениям Закона относятся гуманность, обеспечение гражданских прав и свобод, гарантируемых Конституцией, добровольность психиатрической помощи.

Гуманность психиатрической помощи означает, что она оказывается прежде всего в интересах лица, страдающего психическим расстройством, для его лечения и облегчения его страданий. Но гуманность при

оказании психиатрической помощи проявляется и в том, что другие граждане ограждаются от общественно опасных и унижающих человеческое достоинство действий лиц, страдающих психическими расстройствами, которые могут причинить вред не только себе, но и окружающим. Наконец, принцип гуманности обязывает медицинский персонал относиться к лицам, страдающим психическими расстройствами, с особым вниманием и уважением к их человеческому достоинству, заботиться о их здоровье, допуская в отношении таких лиц минимальные ограничения и неудобства, которые диктуются только медицинскими показаниями и мерами безопасности.

Важность соблюдения прав человека и гражданина находит отражение в нормах Закона, направленных не только на оказание психиатрической помощи в собственном смысле, но и на соблюдение прав человека и гражданина.

Речь идет об соблюдении человеческого достоинства и личных прав (например, права иметь семью, права на получение медицинской помощи), экономических прав (права на частную собственность, выбор профессии, получение вознаграждения за труд и др.), политических прав (права на выражение своего мнения на выборах и референдумах, на участие в митингах и собраниях, на внесение в органы власти своих предложений и направление жалоб в любые инстанции и т.д.). Лицо, страдающее психическим расстройством, согласно Закону при определенных условиях может быть и теперь ограничено в правах, но только при соблюдении четко установленного порядка и под контролем вышестоящих медицинских органов, общественных объединений, под надзором прокурора и с предоставлением этому лицу или его представителю возможности обратиться с жалобой в суд.

Принцип добровольности при обращении за психиатрической помощью. Лицам с психическими расстройствами должна быть предоставлена возможность самим решать вопрос об обращении за специализированной медицинской помощью и выбирать ее вид, так же как и больным с соматическими заболеваниями.

Реализация принципа добровольности в сфере психиатрии, кроме специфической проблемы отношения в обществе к лицам, страдающим психическими расстройствами, связана по крайней мере с тремя основными социально-культурными факторами: широко распространенным в общественном сознании представлением о том, что является психической нормой, а что отклонением; возможностью получения объективной и доверительной консультации у специалиста или из литературы без опасения негативных результатов обращения за такой консультацией; практической реализуемостью права на получение психиатрической помощи в достаточно комфортных условиях, примерно соответствующих культурно-бытовой норме. Очевидно, что в полной мере принцип добровольности будет реализовываться в будущем, когда названные обстоятельства не будут этому препятствовать. Иными словами, в обществе должны быть созданы не только соответствующие

медицинские учреждения с условиями, максимально приближенными к обычной жизни, но и благоприятный психологический климат, при котором обращение за психиатрической помощью не будет для человека равносильным наложению клейма, не повлечет социальных и иных ограничений. В России реализуемость принципа добровольности также связана с развитием системы частной психиатрической практики, предусмотренной Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 14 и др.) и настоящим Законом, с деятельностью общественных правозащитных организаций, способствующих изменению традиции, и с достаточностью финансирования лечебных учреждений.

Принцип добровольности реализуется в следующих статьях Закона:

- в ст. 23 определяется порядок проведения психиатрического освидетельствования. В ней установлено, что психиатрическое освидетельствование (осмотр или консультация психиатра), а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого или его законного представителя;
- в ст. 26 устанавливается, что консультативно-лечебная помощь оказывается при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с согласия его либо законного представителя;
- в ст. 28 указывается, что помещение лица в психиатрический стационар осуществляется добровольно — по просьбе или с согласия лица, подлежащего госпитализации.

При оказании психиатрической помощи несовершеннолетним до 15 лет, а также лицам, признанным в установленном законом порядке недееспособными, добровольность помощи реализуется через их законных представителей или опекунов, с согласия которых производятся освидетельствование и госпитализация. При отсутствии таких представителей или опекунов согласие дает администрация лечебного учреждения, психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения, в которых находится пациент на момент освидетельствования. После достижения несовершеннолетним 15 лет его законные представители теряют право решать за него вопрос о психиатрической помощи (это не касается опекунов).

Принцип добровольности обращения за психиатрической помощью может быть нарушен только в случаях, специально установленных законами РФ.

Так, в соответствии со ст. 34 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. №5487-1, *оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении:*

- лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

- лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством РФ.

Возможность *оказания психиатрической помощи без согласия лица, страдающего психическим расстройством*, предусмотрена и в статьях Закона о психиатрической помощи. В статьях 11 и 14 говорится о лечении лица, страдающего психическим расстройством, без его согласия или без согласия его законного представителя *на основании решения суда о принудительном лечении*. Это касается лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

В ст. 23 приводятся *основания для недобровольного психиатрического освидетельствования*. Указывается, что психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Пункт «а» касается в основном психотических состояний, проявляющихся психомоторным возбуждением с агрессией или аутоагрессией, признаками расстройства сознания, галлюцинаторно-бредовыми расстройствами и др., при которых существует реальная опасность для окружающих или самого больного. Показанием для недобровольного освидетельствования являются суицидальные намерения или попытки. Бродяжничество, неряшливый запущенный вид, циничная брань, состояние алкогольного или наркотического опьянения без признаков психоза и т.п. не являются основанием для недобровольного освидетельствования.

Пункт «б» относится к дементным (слабоумным) больным или лицам с глубокой степенью умственной отсталости, оставленным без попечения, которые не могут обслуживать себя, добывать пищу, и больным с расстройством сознания, не способным правильно ориентироваться в окружающей обстановке.

Пункт «в» имеет отношение к состояниям, не представляющим непосредственной угрозы для больных и окружающих, однако приводящим к неправильному (неадекватному) поведению больных: совершают непродуманные сделки, грозящие утратой материальных ценностей, становятся жертвами мошенников, вступают в беспорядочные половые связи, дерутся и т.п., могут явиться серьезные материальные и моральные утраты. Это касается в первую очередь острых психотических состояний, протекающих с гипертимией (маниакальные состояния), которые легко могут быть купированы с помощью психотропных препаратов.

Заявление о психиатрическом освидетельствовании может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами. При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. В неотложных случаях, когда, по полученным сведениям, лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения и в случае отсутствия показаний, соответствующих пп. «а», «б», «в», отказать в освидетельствовании.

Формулировка пунктов, касающихся *оснований для недобровольной госпитализации*, аналогична пунктам для недобровольного освидетельствования. В ст. 29 указывается, что лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи и др.

Для защиты интересов больного и исключения возможности злоупотребления со стороны других лиц Законом предусмотрено *освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке* (ст. 32). Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным ст. 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 ч комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке. Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 ч направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем. Суд в течение 5 сут. с момента поступления заявления из психиатрической

больницы обязан принять решение, подтверждающее или не подтверждающее решение о недобровольном обследовании и лечении.

Пациент имеет право отказаться от лечения при отсутствии показаний для недобровольного лечения. При этом ему либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью пациента или его законного представителя и врача-психиатра. Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат (ст. 7).

Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи

В ст. 9 указывается, что сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. В связи с этим важно строго следить за хранением медицинской документации (медицинских карт, историй болезни, компьютерных файлов, архивов), не допуская к ним посторонних лиц. Источником разглашения врачебной тайны могут стать и студенты, курирующие больных. Для предупреждения намеренного или случайного (в учебных историях болезни могут указываться паспортные и другие фактические данные больного) разглашения врачебной тайны преподаватель должен проводить с ними разъяснительную работу. В психиатрии существует правило не давать по телефону незнакомым людям никаких сведений о больном, включая факт его пребывания в больнице, без соответствующего разрешения самого пациента. Выписки из историй болезни и медицинских карт лиц, наблюдаемых в психиатрических учреждениях, выдаются строго по официальным запросам других психиатрических учреждений. Для справок и больничных листов работающих пациентов могут использоваться печати и штампы без указания психиатрического профиля лечебного учреждения. В листке нетрудоспособности не указывается диагноз психического расстройства. В то же время для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Квалификация специалиста, оказывающего психиатрическую помощь, также регламентируется в Законе о психиатрической помощи (ст. 19–21). Указывается, что право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством РФ. Иные специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством РФ, прой-

ти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами. К сожалению, в реальной практике встречаются случаи оказания психиатрической помощи неквалифицированными лицами, выступающими в качестве психотерапевтов, психологов и т.д., не имеющими необходимой подготовки в области психиатрии и права на лечебную деятельность.

Постановка диагноза психического заболевания, выбор соответствующих условий, средств и методов лечения, решение вопросов социальной реабилитации требуют специальной профессиональной подготовки, подтвержденной сертификатом врача-психиатра. Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему гарантий, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами. При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

5.2. Психиатрическая помощь взрослому населению

Матричная модель психиатрической помощи, сформировавшаяся в нашей стране еще в 1920–1930-е годы, включала *стационарную* и *внебольничную* — *диспансерную* помощь с промежуточными и реабилитационными звеньями (дневные стационары, лечебно-трудовые мастерские, специализированные цеха, общежития для больных, утративших социальные связи). Наркологическая помощь больным в нашей стране в 1975 г. была выделена в отдельную службу. Ее структура рассматривается в разделе «Наркология».

В основу был положен *участковый, территориальный принцип обслуживания населения*, сохранившийся до настоящего времени, призванный обеспечить *преемственность психиатрической помощи* за счет тесной функциональной связи психиатрических учреждений разных ступеней. Основными звеньями психиатрической помощи являются психоневрологический диспансер и психиатрическая больница, как правило, прикрепленная к диспансеру по территориальному признаку. Они оказывают психиатрическую помощь населению, проживающему в определенном районе. При этом больница обслуживает больных нескольких диспансеров.

К функциям учреждений, оказывающим психиатрическую помощь, относятся:

- оказание неотложной психиатрической помощи;

- осуществление консультативно-диагностической, лечебной, психопрофилактической, социально-психологической, реабилитационной помощи во внебольничных и стационарных условиях;
- проведение всех видов психиатрической экспертизы, в том числе определение временной нетрудоспособности;
- оказание социально-бытовой помощи и содействие в трудоустройстве лицам, страдающим психическими расстройствами;
- участие в решении вопросов опеки указанных лиц;
- проведение консультаций по правовым вопросам;
- осуществление социально-бытового устройства инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами;
- оказание психиатрической помощи потерпевшим при стихийных бедствиях и катастрофах.

Неотложная психиатрическая помощь оказывается в дневное время участковыми врачами-психиатрами, психиатрами-консультантами в крупных лечебных учреждениях, специализированными бригадами «скорой помощи». Медицинский персонал «скорой» и «неотложной психиатрической помощи» круглосуточно выезжает по вызовам учреждений, включая поликлиники и больницы непсихиатрического профиля, предприятий и отделений милиции, а в часы, когда не работают диспансеры, — по всем вызовам, которые обычно адресуются участковым психиатрам. Врач-психиатр, приехавший на вызов, решает вопрос о необходимости госпитализации в зависимости от состояния больного и конкретной обстановки. Главная задача медицинского работника при оказании помощи возбужденному больному до прибытия специализированной помощи состоит в обеспечении безопасности самого больного и окружающих его людей — изолирование в отдельное помещение, при необходимости использование мер стеснения (удерживание или принудительная иммобилизация, тщательный осмотр вещей с целью выявления средств, способных нанести опасные повреждения и т.д.). Правила применения мер стеснения приведены в главе 30.

Неотложную помощь больным с ургентными состояниями, представляющими опасность для жизни, также оказывают отделения интенсивной терапии (психореанимации) при крупных психиатрических и наркологических больницах. В крупных многопрофильных больницах существуют *психосоматические (соматопсихиатрические) отделения*, в которых работают психиатры и врачи-соматологи, оказывающие помощь как соматическим больным с психотическими расстройствами, так и душевнобольным, имеющим соматическую патологию, в том числе травматического и токсического генеза, например при суицидных попытках. Отделения экстренной психиатрической помощи в структуре многопрофильных клиник приобретают все более широкое распространение на Западе, становясь основным типом стационарной помощи больным с психотическими расстройствами. Использование современных методик, техническое оснащение позволяют купировать психозы в короткое время. В дальнейшем пациент может продолжить лечение

амбулаторно или, при необходимости, в общепсихиатрическом отделении. По мнению многих специалистов, интеграция общемедицинской и психиатрической помощи способствует помимо эффективного лечения преодолению психиатрической стигматизации.

Амбулаторная помощь

Внебольничная ступень включает психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения больниц, психиатрические и психотерапевтические кабинеты при поликлиниках и медико-санитарных частях, а также лечебно-производственные, трудовые мастерские. К полустационарному типу организации помощи относятся дневные стационары, чаще входящие в структуру ПНД. В сельской местности для оказания психиатрической помощи населению создаются психиатрические кабинеты при районных больницах. В районах с небольшой плотностью населения пациенты, перенесшие манифестные психические расстройства и выписанные из психиатрических больниц или стационаров при психоневрологических диспансерах, попадают под наблюдение участкового врача. Все более широкое распространение получает помощь частнопрактикующих врачей-психиатров, имеющих лицензию на занятие врачебной деятельностью.

Диспансерная форма помощи взрослым пациентам, построенная по территориальному принципу, по-прежнему является основой амбулаторной помощи больным с психическими расстройствами. Деятельность диспансеров построена по участково-территориальному принципу (участковый психиатр и его помощники оказывают психиатрическую помощь жителям определенной территории — участка). *Основные задачи ПНД соответствуют функциям учреждений, оказывающим психиатрическую помощь* (см. выше). Помимо лечебно-профилактических отделений, оказывающих помощь взрослому населению, в структуру ПНД входят детско-подростковое и логопедическое отделения, оказывающие помощь детям и подросткам и пациентам с речевыми расстройствами.

Основной контингент пациентов ПНД делится на две группы: пациенты, состоящие на диспансерном учете и находящиеся под диспансерным наблюдением, и пациенты, получающие лечебно-консультативную помощь. *Диспансерное наблюдение* может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров (ст. 26 и 27). По положению о ПНД, врач должен ежемесячно осматривать пациента, находящегося на диспансерном учете, приглашая его на прием. В случае, если пациент отказывается от визита, его должны навещать на дому сам врач или участковая медсестра. В последние годы функции патронажа, по разным

причинам, практически не выполняются. Позитивным на этом фоне явилось введение в штат сотрудников ПНД *социальных работников*. К их функциональным обязанностям относятся:

- исследование условий жизни и быта пациентов;
- восстановление родственных связей пациентов;
- паспортизация и оформление пенсий, решение вопросов прописки больных, восстановление незаконно утраченного права на жилье;
- исследование возможностей последующего трудоустройства пациентов;
- организация обеспечения пациентов предметами первой необходимости;
- обучение пациентов рациональному использованию материальных средств.

Отличие диспансерных и консультативных групп учета заключается в том, что принадлежность к первой группе может стать причиной некоторых ограничений для больного (разрешение владеть оружием, получать водительские права и некоторые другие). Права пациентов консультативной группы ничем не ограничены, несмотря на наличие амбулаторной карты и получаемую терапию. Однако опасение стигматизации ограничивает обращаемость за психиатрической помощью большого процента нуждающихся в ней, особенно больных с пограничными невротическими расстройствами. Улучшить помощь, приблизив ее к данному контингенту больных, призваны психиатрические кабинеты (кабинеты невротиков) территориальных поликлиник, использующие в своей работе принципы «интегрированной медицины» (В.Н.Козырев).

В 1970–1980-е годы получили развитие и *другие формы внедиспансерной психиатрической помощи*: суицидологическая служба, сексологическая служба, а также служба патологии речи и нейрореабилитации. Деятельность их специализированных структурных подразделений (в отличие от принципа районирования) адресована к определенным контингентам, формам патологии или к контингентам с наиболее высоким риском (например, когда речь идет о суицидологической службе).

Стационарная помощь оказывается как в психиатрических больницах, так и в специализированных (психосоматических) отделениях многопрофильных больниц. Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение не только государственные, но и негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения, которые становятся неотъемлемым разделом национального здравоохранения.

Основанием для госпитализации в психиатрический стационар являются: наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи, а также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных

законами РФ. Больные в психиатрическую больницу принимаются по направлению участковых психиатров или дежурных психиатров службы скорой помощи, а при отсутствии их — по направлениям врачей поликлиник, общесоматических больниц. В экстренных случаях больные могут быть приняты и без направления, вопрос о госпитализации в этих случаях решает дежурный врач.

Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра. Показания и порядок недобровольной госпитализации рассмотрены выше. Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых 6 месяцев ежемесячно подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров на предмет необходимости продления пребывания и лечения, а по истечении 6 мес. — один раз в полгода.

В структуру психиатрической больницы входят: приемное отделение, общие психиатрические отделения (мужские и женские), специализированные отделения (гериатрические, детские, судебно-психиатрические, санаторные, наркологические). Необходимость организации специализированных отделений связана с особенностями течения и лечения ряда заболеваний или ухода за некоторыми категориями больных. *Санаторные отделения* предназначены для больных непсихотическими формами психических расстройств, обстановка и режим таких отделений («режим открытых дверей») практически ничем не отличаются от отделений соматических стационаров.

Для более полного и всестороннего обслуживания и лечения больных в психиатрической больнице создаются диагностические лаборатории (психологическая, клиническая, биохимическая, отделения функциональной диагностики и электроэнцефалографии, физиотерапевтическое, рентгенологическое отделения и др.). Оказывается постоянная высококвалифицированная консультативная помощь специалистов в области соматической патологии (терапевт, невролог, офтальмолог, дерматолог и др.).

Организация работы общего психиатрического отделения и некоторые особенности ухода за больными

В общепсихиатрических отделениях, организованных во многих случаях также по территориальному принципу (отделение прикреплено к одному или нескольким диспансерам), могут находиться пациенты, у которых характер и степень выраженности психических расстройств существенно различается. Это могут быть как острые полиморфные психотические состояния, бредовые расстройства, тяжелые депрессии, состояния деменции, так и становление ремиссии с резидуальной симптоматикой и умеренно выраженными негативными проявлениями. Ввиду возможности неожиданных поступков больных, в том числе агрессии по отношению к окружающим, суицидальных намерений, ухода из отделения и др., необходимо строго соблюдать режим общепсихиатрического отделения.

Уже при поступлении в приемном отделении должны быть осмотрены вещи пациента, для того, чтобы исключить пронос в лечебное отделение острых колющих и режущих предметов, токсических веществ, веревок, которые могут стать источником ранения других или причинить вред самому пациенту, использоваться для суицидальных целей. Врач в приемном покое осматривает тело пациента, описывает все имеющиеся повреждения. Принадлежащие пациенту ценные вещи с описью сдаются в камеру хранения. Двери приемного и общепсихиатрических отделений всегда должны быть закрыты на замок. Дежурный персонал не имеет права на сон в течение дежурства. Больных с психомоторным возбуждением, агрессией, отказом от еды, склонностью к суициду, беспомощных вследствие расстройств памяти или интеллекта помещают в наблюдательную палату, в которой круглосуточно присутствует дежурный медперсонал. Дверь в такой палате отсутствует, ночью остается приглушенное освещение. Наблюдение за такими больными необходимо и во время проведения гигиенических процедур, приема пищи. Особое значение придается приему лекарств: больной должен принять лекарство на глазах у медперсонала, иногда приходится проверять рот, так как больные прячут, а затем выплевывают таблетки.

Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, имеют право обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных Законом о психиатрической помощи, подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату, встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине, исполнять религиозные обряды. Новые принципы содержания и лечения больных предполагают уменьшение размеров палат, значительное расширение мест дневного пребывания и создание условий для широкого использования социально-культурных мероприятий. Для проведения обязательной системы реабилитационных мероприятий осуществляются специальный режим самообслуживания, трудотерапия в отделении или специальных мастерских либо работа в прибольничном сельском хозяйстве, оранжерее. Так как психически больные нередко находятся в больнице длительное время, особое внимание должно уделяться созданию в отделениях уюта, культурных развлечений (кино, телевизор, игры, библиотека и т.д.). В больнице должны быть хорошая библиотека и клуб для проведения среди больных культурно-массовой работы.

К учреждениям социальной поддержки психически больных относятся *психоневрологические учреждения для социального обеспечения (психоневрологические интернаты)*. В ст. 41 Закона о психиатрической помощи сформулированы основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения. Таким основанием являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра.

а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения. Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологические учреждения для социального обеспечения. Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствования лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса о их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности.

5.3. Организация психиатрической помощи детям и подросткам

Главными особенностями оказания психиатрической помощи детям являются: 1) взаимодействие трех государственных структур — медицины, социальной защиты, образования; 2) преимущественное оказание психиатрической помощи на амбулаторном уровне.

Основные виды медицинской помощи детям с психической патологией (психопрофилактическая, консультативно-диагностическая, лечебная, социально-психологическая, реабилитационная) оказываются в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

Амбулаторная специализированная психиатрическая помощь детям и подросткам осуществляется ПНД и диспансерными отделениями психиатрических больниц. В большинстве регионов амбулаторная помощь оказывается преимущественно психоневрологическими диспансерами. Прием пациентов детским психиатром, работающим в штате ПНД, может проводиться в межрайонной детской поликлинике. Использование различных моделей амбулаторной помощи определяется экономической ситуацией в регионе, количеством населения и особенностями его расселения, уровнем распространенности патологии на субрегиональном уровне.

Стационарная помощь оказывается в большинстве случаев *общими психиатрическими больницами* и стационарами психоневрологическими диспансерами. Как правило, *детские отделения* есть в большинстве областных, крупных городских и районных психиатрических больниц. *Самостоятельные детские больницы* есть только в крупных городах (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург). Малочисленные *подростковые отделения* существуют только в крупных больницах больших городов. В большинстве территорий дети старшего подросткового возраста госпитализируются во взрослые отделения. Это привело к тому, что в на-

стоящее время не представляется возможным получить статистические данные по стационарной помощи подросткам. Психоневрологические отделения, подобные отделениям психосоматики для взрослых, существуют в многопрофильных больницах. Профилактическая, лечебная и реабилитационная помощь оказывается в *детских психоневрологических санаториях*. Детские отделения должны находиться в обособленных помещениях, и в них, наряду с лечебной, всегда организуется специальная педагогическая работа (классные комнаты, комнаты для игр и т.д.).

К учреждениям реабилитации и социальной поддержки относятся детские дома и психоневрологические интернаты для глубоко умственно отсталых и инвалидов по психическому заболеванию.

Учреждения Министерства образования — коррекционные (вспомогательные) школы, детские сады санаторного типа, детские сады для умственно отсталых, речевые детские сады и школы-интернаты, санаторные школы-интернаты, специальные ПТУ для подростков-правонарушителей.

Решение вопроса о месте и форме обучения ребенка принимается районной *психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК)*. В комиссию входят: представитель системы образования, представитель системы соцзащиты, представитель райздрави, детский психиатр, дефектолог, психолог и логопед. Основанием для обращения в комиссию является неспособность ребенка учиться в массовой школе в связи с имеющимися психическими нарушениями. На комиссию представляются: история болезни, история развития ребенка, письменные работы и характеристика из школы.

В соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» направление детей и подростков на ПМПК осуществляется по инициативе учреждений образования с согласия родителей либо иного законного представителя, а также по инициативе родителей либо иного законного представителя. Заключение ПМПК о месте дальнейшего пребывания, обучения или лечения носит рекомендательный характер и может быть основанием для направления детей и подростков в специальное учебно-воспитательное и лечебное учреждение при согласии родителей (лиц, их заменяющих). В то же время родители имеют право оспорить решение ПМПК.

Как правило, во *вспомогательную школу* попадают дети, страдающие умственной отсталостью легкой и средней степени. Глубоко умственно отсталые дети направляются в *интернат*. Дети с задержкой психического развития направляются в *классы коррекции*. С обучающимися, имеющими отклонения в развитии, включенные в образовательную программу занятия проводятся в рамках рекомендованной индивидуальной программы реабилитации. Детей с неврозами и неврозоподобными расстройствами направляют на лечение. Способным к обучению психически больным и детям с выраженными невротическими и поведенческими расстройствами рекомендуется *индивидуальное обучение*. Организация индивидуального обучения учащихся на дому должна

проводиться на основании заключения лечебного учреждения (больницы, поликлиники, диспансера) и с разрешения, в каждом отдельном случае, районного (городского) отдела народного образования. В перечень заболеваний, по поводу которых дети нуждаются в индивидуальных занятиях на дому и освобождаются от посещения массовой школы, включены:

1. Душевные заболевания (шизофрения, психозы различной этиологии) в стадии обострения.
2. Эпилепсия в стадии обострения.
3. Неврозы, реактивные состояния, неврозоподобные состояния, в том числе энкопрез, стойкий дневной энурез, тяжелое заикание в стадии декомпенсации.
4. Выраженные энцефалопатические проявления различной этиологии (травматической, инфекционной, соматической).
5. Психопатии, психопатоподобные состояния в стадии декомпенсации.

В некоторых случаях может быть рекомендован облегченный режим учащимся, страдающим соматическими, психоневрологическими заболеваниями (дополнительный выходной день, освобождение от некоторых уроков, неполный перевод на индивидуальное обучение).

5.4. Виды психиатрических экспертиз

Существует три вида психиатрических экспертиз: трудовая, военная и судебная, — проведение которых регламентировано Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Медико-социальная экспертиза

Раньше называлась врачебно-трудовой экспертизой — ВТЭ — определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. *Трудовая экспертиза* проводится в случаях, когда решается вопрос о степени потери трудоспособности. Нетрудоспособность может быть временной и стойкой (*инвалидность*), частичной и полной.

При *временной потере трудоспособности* лечащий врач выдает больничный лист на срок до 1 мес. При более длительной нетрудоспособности больничный лист продлевается *контрольно-экспертной комиссией* (КЭК), в которую входят лечащий врач, заведующий отделением и главный врач или его заместитель. При затяжном течении заболевания, продолжающемся более 4 мес., *врачебно-контрольная комиссия* (ВКК) направляет больного на *медицинскую социально-экспертную комиссию* (МСЭК), которая решает вопрос о продлении больничного листа или констатирует группу инвалидности. Следует учитывать, что приступы заболевания могут продолжаться в течение достаточно длительного периода (до 6 мес. и более), поэтому необходимо осторожно подходить

к оценке нетрудоспособности, не спешить с оформлением инвалидности. Негативное влияние оказывает раннее назначение группы инвалидности больным с умеренно выраженными изменениями психики, проявляющимися пассивностью, снижением интереса к работе. В таких случаях подавляется стремление больных к преодолению болезни, недостаточно используются реабилитационные возможности. В случае частичной утраты трудоспособности, если больной не в состоянии выполнять обычную работу и нуждается в облегчении условий труда (освобождение от работы в ночную смену, дополнительных нагрузок, командировок и др.) или переводе на другую работу с использованием прежней квалификации и сохранением зарплаты, КЭК может дать заключение о необходимости предоставления таких условий. При наличии стойкой утраты трудоспособности, когда психические нарушения, несмотря на активное лечение, приобретают длительный затяжной характер и препятствуют выполнению профессионального труда, больной направляется на МСЭК, которая определяет степень утраты трудоспособности и причину инвалидности (в зависимости от тяжести психического состояния, типа дефекта психики и уровня сохранившихся компенсаторных возможностей).

Правилами социального страхования установлены три группы инвалидности:

I группа — наиболее тяжелая, предусматривает полную утрату трудоспособности, необходимость надзора за больными и постоянного ухода в связи утратой ими способности к самообслуживанию. Назначается I группа инвалидности больным с ранним началом психических заболеваний (шизофрении), тяжелой органической патологией, не позволяющей сформировать собственные навыки самообслуживания, глубокой степенью умственной отсталости. В этих случаях говорят об инвалидах детства. У взрослых эта группа инвалидности устанавливается наиболее часто у больных с атрофическими заболеваниями головного мозга (болезнь Альцгеймера), тяжелыми формами органической патологии вследствие травм, инфекций, интоксикаций, а также у больных с конечными (дефицитарными) состояниями при грубопрогредиентной (злокачественной) шизофрении.

II группа — наиболее распространенная при психических заболеваниях, обозначает полную утрату способности к профессиональному труду, овладению какой бы то ни было специальностью при сохранности способностей к самообслуживанию и самостоятельной жизни. В эту группу попадают больные шизофренией с непрерывным или приступообразно-прогредиентным типом течения, некоторыми вариантами маниакально-депрессивного психоза, выраженными изменениями личности при органических заболеваниях головного мозга, а также больные со стойкими обсессивно-компульсивными и конверсионными расстройствами.

III группа — наиболее легкие расстройства, позволяющие больному работать при условии снижения квалификации или отказа от полученной профессии.

Установление группы инвалидности влияет на назначения пособий, но не означает запрета на право больного трудиться. Многие больные, имеющие группу инвалидности, стремятся продолжить трудовую деятельность, что благоприятно сказывается на их социальной реабилитации. При установлении инвалидности в большинстве случаев проводится ежегодное переосвидетельствование больных в МСЭК, во время которого решается вопрос о продлении или отмене инвалидности. Бессрочная инвалидность назначается больным с тяжелыми необратимыми расстройствами.

Военно-врачебная психиатрическая экспертиза

Является частью общей военно-врачебной экспертизы (ВВЭ), изучающей и оценивающей состояние здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования в целях:

- определения категории годности к военной службе при первоначальной постановке на воинский учет граждан в год достижения ими 17 лет;
- определения категории годности к военной службе при призыве на военную службу;
- определения годности к поступлению в военные учебные заведения и учебные заведения МВД, ФСБ, МЧС РФ; в том числе в суворовские военные, нахимовские военно-морские училища и кадетские (морские кадетские) корпуса, военно-музыкальные училища и музыкальные кадетские корпуса;
- определения годности к обучению на военной кафедре высшего учебного заведения.

Положение о ВВЭ и расписание (перечень) болезней регулярно пересматриваются и утверждаются Правительством РФ (последнее Постановление №123 принято 25.02.2003 г.).

Военно-врачебная психиатрическая экспертиза проводится следующим категориям граждан:

- при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (призывникам);
- военнослужащим, проходящим военную службу по призыву;
- военнослужащим, проходящим военную службу по контракту;
- гражданам, призываемым для прохождения военной службы на подводных лодках или проходящим военную службу на подводных лодках.

Медицинское освидетельствование граждан военно-врачебной комиссией районного военного комиссариата (РВК) при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу всегда проводится амбулаторно. Призывников освидетельствует психиатр, направляемый из ПНД в военкомат, который в случае сомнения в психическом здоровье призывника направляет его на стационарную экспертизу. Если подросток уже состоит на учете у психиатра в ПНД, то выписка из его истории болезни с диагнозом направляется в РВК по

достижению 14 лет. Военнослужащие направляются на стационарную психиатрическую экспертизу командиром части и полковым врачом.

Врачи-специалисты по результатам медицинского освидетельствования дают *заключение о годности к военной службе по следующим категориям:*

- А — годен к военной службе;
- Б — годен к военной службе с незначительными ограничениями;
- В — ограниченно годен к военной службе (в мирное время не призывают на военную службу);
- Г — временно не годен к военной службе;
- Д — не годен к военной службе.

К службе в армии признаются негодными в мирное время больные органическими заболеваниями головного мозга, шизофренией, аффективными психозами, эпилепсией, невротическими расстройствами, расстройствами личности и поведения, в том числе вызванными употреблением психоактивных веществ, умственной отсталостью тяжелой и умеренной степени. Особые требования предъявляются к поступающим в военные училища, на подводные лодки и на контрактную службу. В перечне статей расписания болезней к психиатрии относятся статьи с 14 по 20 (подробнее — см. табл. 2).

В военном билете указывается категория годности к военной службе, согласно расписанию болезней. В настоящее время в военном билете не указывается статья расписания болезней и, таким образом, сохраняется врачебная тайна (раньше статья указывалась и каждый, заглянувший в военный билет, мог получить примерное представление о диагнозе). В военном билете может быть указана дата контрольного медицинского освидетельствования. Призывная комиссия субъекта РФ организует контрольное медицинское освидетельствование граждан, получивших отсрочку или освобождение от призыва на военную службу по состоянию здоровья, и граждан, заявивших о несогласии с заключением об их годности к военной службе по результатам медицинского освидетельствования.

Судебно-психиатрическая экспертиза

Решает вопрос о вменяемости или невменяемости лица, совершившего уголовно-наказуемое деяние (деликт), а также определяет дееспособность в гражданских процессах.

Проводится судебно-психиатрическая экспертиза подозреваемым, обвиняемым, подсудимым, осужденным, свидетелям, потерпевшим, а также истцам и ответчикам по гражданским делам *в случае сомнения в их психическом здоровье*. Ходатайствовать о проведении судебно-психиатрической экспертизы может любой участник процесса, но назначается экспертиза либо следователем, либо судьей. Судебно-психиатрическая комиссия должна состоять не менее чем из 3 психиатров (председатель комиссии, врач-эксперт и врач-докладчик). Судебно-психиатрическая экспертиза проводится как амбулаторно, так и стационарно. На экспер-

Таблица 2

**Расписание болезней. Психические расстройства
(Приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе)**

Статья расписания болезней	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к военной службе (I графа)
Органические психические расстройства:		
14	а) при резко выраженных стойких психических нарушениях	Д
	б) при умеренно выраженных психических нарушениях	В
	в) при легких кратковременных болезненных проявлениях	Г
	г) при стойкой компенсации болезненных расстройств после острого заболевания головного мозга или закрытой черепно-мозговой травмы	Б-4*
15	Эндогенные психозы: шизофрения, шизотипические расстройства, хронические бредовые расстройства и аффективные психозы (в том числе циклотимия)	Д
Симптоматические и другие психические расстройства экзогенной этиологии:		
16	а) при резко выраженных стойких болезненных проявлениях	Д
	б) при умеренно выраженных, длительных или повторных болезненных проявлениях	В
	в) при умеренно или незначительно выраженном, затянувшемся астеническом состоянии	Г
	г) при легком и кратковременном астеническом состоянии, закончившемся выздоровлением	Б-4
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства:		
17	а) при резко выраженных стойких болезненных проявлениях	Д
	б) при умеренно выраженных, длительных или повторных болезненных проявлениях	В
	в) при умеренно выраженных, кратковременных болезненных проявлениях	В
	г) при легких и кратковременных болезненных проявлениях, закончившихся выздоровлением	Б-4
Расстройства личности:		
18	а) резко выраженные, со склонностью к повторным длительным декомпенсациям или патологическим реакциям	Д
	б) умеренно выраженные с неустойчивой компенсацией или компенсированные	В

Таблица 2 (окончание)

Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ:		
19	а) при синдроме зависимости с выраженными, стойкими психическими нарушениями	Д
	б) при синдроме зависимости с умеренными или незначительными психическими нарушениями	В
Умственная отсталость:		
20	а) глубокой, тяжелой и умеренной степени выраженности	Д
	б) легкой степени выраженности	В

* Категория Б-4 означает «Годеен с незначительными ограничениями».

тизу обычно выносятся вопросы: страдает ли человек психическим заболеванием, вменяем ли он в отношении инкриминированного деяния, либо дееспособен ли в гражданском процессе. В случае невменяемости решается вопрос о месте дальнейшего нахождения. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

Комиссия в своей работе руководствуется положением, что уголовной ответственности не подлежит лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось *в состоянии невменяемости, т.е. не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния* (ст. 21 УК РФ). Не подлежит наказанию также лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее душевной болезнью, лишаящей его возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, а по выздоровлении оно может подлежать наказанию.

Судебно-психиатрическая комиссия в процессе освидетельствования испытуемых устанавливает два критерия – *медицинский и юридический*, – на основании которых выносится решение суда.

Медицинский критерий представляет собой перечень болезней, которые можно определить как хронические душевные заболевания (шизофрения, эпилепсия, инволюционные психозы и др.), временные расстройства душевной деятельности (острые реактивные психозы, аффективно-шоковые реакции, патологическое опьянение и др.), слабоумие (умственная отсталость, состояние деменции при органических заболеваниях центральной нервной системы, эпилепсии). К «иным психическим расстройствам» относят пограничные нарушения психической деятельности (неврозы, невротические развития, психопатии). *При определении медицинского критерия важно установить факт наличия у испытуемого (подэкспертного) болезненных расстройств психической*

деятельности и время их развития — до совершения какого-либо деяния, в момент совершения или после него.

Юридический критерий определяет состояние невменяемости или вменяемости испытуемого (подэкспертного). Невменяемость устанавливается только на момент преступления и означает, что испытуемый не мог отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. Следовательно, если медицинский критерий преследует цель диагностировать болезнь, то юридический критерий дает судебно-психиатрическую оценку, определяющую, как и в какой степени душевная болезнь могла повлиять на адекватность действий и поступков испытуемого.

Лицо, совершившее противоправный поступок в невменяемом состоянии, не подлежит уголовной ответственности. Окончательное решение о вменяемости и мерах, которые должны быть предприняты в отношении испытуемого, принимает суд. В случае признания лица, привлеченного к уголовной ответственности, невменяемым к нему на основании решения суда могут быть применены *принудительные меры медицинского характера*.

Лицо, совершившее общественно опасное деяние и признанное судом невменяемым, может быть направлено *на принудительное лечение* в психиатрическую больницу общего или специального типа (с интенсивным наблюдением, исходя из степени опасности больных для общества) или ему может быть назначено амбулаторное лечение в условиях психоневрологического диспансера под наблюдением родных или опекунов. Все психиатрические стационары, осуществляющие принудительное лечение, независимо от степени интенсивности наблюдения находятся в ведении органов здравоохранения.

Больным, находящимся на принудительном лечении, каждые 6 месяцев проводится переосвидетельствование для определения динамики развития заболевания. В случае улучшения состояния они могут быть переведены на лечение из специального психиатрического учреждения в общее или суд принимает решение о прекращении принудительного лечения с выпиской их под наблюдение участкового врача-психиатра и родственников.

В процессе проведения судебно-психиатрических экспертиз врачи должны руководствоваться также положением, что лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, не освобождается от уголовной ответственности. Мало того, наличие опьянения в момент совершения преступления является отягчающим обстоятельством. Исключение составляют случаи, когда лица, совершившие преступление, находились в состоянии патологического опьянения и, естественно, судебно-психиатрической экспертной комиссией признаются невменяемыми. Обычное же опьянение (не патологическое), даже в столь выраженной степени, что лицо не могло отдавать отчет своим действиям или руководить ими, не исключает уголовной ответственности за совершенное преступление.

Судебно-психиатрическая экспертиза по гражданским делам определяет *дееспособность* лиц. Недееспособным считается лицо, которое не может понимать значение своих действий и руководить ими, вследствие наличия у него психического расстройства. Как и в случае определения вменяемости, при определении дееспособности учитываются два критерия: медицинский (наличие психического расстройства) и юридический (степень выраженности болезненных расстройств, не позволяющая лицу понимать значение своих действий и руководить ими).

Признанный судом недееспособным гражданин не может распоряжаться своим имуществом, дарить и продавать его, вступать в права наследования. Над ним устанавливается опека, и все сделки совершает опекун. Брак, заключенный с гражданином, признанным ранее судом недееспособным, определяется судом как недействительный. Любой гражданин, страдающий психическим расстройством, является дееспособным до того, пока решение о его недееспособности не примет суд. Однако законодательство допускает признание недействительной сделки, совершенной дееспособным гражданином, если в момент ее совершения он находился в состоянии, не позволяющем ему понимать значение своих действий и руководить ими. Это касается больных, находившихся в состоянии острого психоза (маниакальное состояние, острый приступ шизофрении). Судом такие сделки могут быть признаны недействительными, если будет доказано, что гражданин находился в состоянии психоза, не позволявшего ему понимать свои действия. В случае выздоровления суд может вынести решение о восстановлении дееспособности лица, признанного ранее недееспособным.

Раздел II.

**ОБЩАЯ
ПСИХОПАТОЛОГИЯ**

Глава 6.

СЕМИОТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Симптом (от греч. *symptomum* – совпадение, признак) – признак патологического состояния или болезни.

Психопатологический симптом – состояние, наблюдающееся при различных психических расстройствах. Выделяют *облигатные симптомы*, играющие основную роль в формировании клинической картины болезни, т.е. в формировании основного ведущего синдрома, и *факультативные*, дополнительные, характеризующие особенности течения заболевания и его варианты.

Синдром (от греч. *syndrome* – скопление, стеснение) – совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом, закономерное сочетание продуктивных и негативных симптомов. Синдром – «совместный бег симптомов». Термин «симптомокомплекс» был предложен К.Кальбаумом (1863) при описании кататонии. В то время он считал кататонию отдельным заболеванием, но позднее стало ясно, что это наиболее типичный вариант симптомокомплекса.

Немецкому психиатру В.Гризингеру принадлежит идея, в последующем ставшая основой *«единого психоза»*, что все проявления психических болезней являются стадиями одного и того же процесса, на первых этапах которого наблюдаются аффективные расстройства и, чаще, меланхолия, затем возникает бредовая симптоматика и как исход – слабоумие.

Отечественные психиатры С.С.Корсаков и В.П.Сербский стремились изучить психозы в динамике. В.П.Сербский писал, что и кататония, и гебефрения имеют общие признаки и исход в раннее слабоумие, которое Э.Крепелин рассматривал как самостоятельное заболевание.

В начале XX в. И.Г.Оршанский при изучении острых психозов пришел к выводу, что состояние больного в каждый момент определяется не просто набором симптомов, а комплексом симптомов, объединенных общими закономерностями, и при развитии болезни происходит усложнение этих комплексов от более простых к более сложным, т.е. автор как бы повторил положение В.Гризингера, не устанавливая единую последовательность для всех психических болезней.

В связи с пандемией инфлюэнции 1888–1889 гг. появилось большое количество работ с описанием аментивных и делириозных состояний, с 1908 г. — серия работ немецкого психиатра К.Бонгеффера, который под названием «экзогенный тип реакции» объединил синдромы различной этиологии. К.Бонгеффер считал, что возможностей для ответных реакций у мозга меньше, чем различных вредных факторов, воздействующих на организм, поэтому возникают однотипные реакции, формирующиеся в синдромы.

Под названием «экзогенные типы реакций» К.Бонгеффер выделил следующие психопатологические синдромы: делирий, эпилептиформное возбуждение, сумеречное помрачение сознания, галлюциноз, аменцию, корсаковский синдром и кататонический синдром. В процессе изучения он то раширял, то суживал набор этих синдромов. В конечном итоге наиболее типичными экзогенными типами реакций оказались делирий и корсаковский синдром.

Противники К.Бонгеффера, критикуя его концепцию, считали, что экзогенный тип реакции обусловлен бурным темпом развития симптоматики в ответ на массивную вредность, и подтверждение этому видели в уменьшении количества, глубины и продолжительности состояний помраченного сознания при инфекционных и соматических заболеваниях в связи с активной терапией антибиотиками.

Наибольшее возражение вызывал кататонический синдром, однако Э.Кречмер в 1941 г. описал позднюю кататонию, назвав ее аполлическим синдромом, у больных энцефалитом.

Английский невропатолог Дж.Х.Джексон сформулировал учение о «послойном» построении психической деятельности. Психические нарушения он рассматривал с позиций «диссолюции» — распада, поражения вначале высших, наиболее дифференцированных, слоев психики и считал, что психоз зависит от четырех факторов: степени глубины диссолюции, особенностей личности, темпа диссолюции и прочих соматических и других экзогенных условий.

Джексон подчеркивал, что чем быстрее происходит диссолюция, тем более выражена активность слоев, непосредственно затронутых болезненным процессом. Он высказал идею, что психические заболевания состоят из *продуктивных (позитивных) расстройств*, которые обусловлены деятельностью неповрежденных слоев нервной системы, и *негативных*, связанных и вызванных самим патологическим процессом. Если «минус-симптомы», или негативные расстройства, связаны с этиологическим фактором, представляющим нозологическую характеристику болезни, то *позитивные*, или *продуктивные*, расстройства представляют собой реакцию организма, менее специфическую и не несущую диагностической информации о причинах, вызвавших эти расстройства. Клинически диссолюция проявляется психопатологической симптоматикой.

Синдром как этап болезни может быть одинаковым при различных заболеваниях, что обусловлено приспособлением к измененным усло-

виям жизни (болезни) с помощью однотипных способов реагирования. Это проявляется в виде симптомов и синдромов, которые при развитии болезни усложняются и превращаются из простых в сложные или из малых в большие.

При разных расстройствах их клиническая картина изменяется в определенной последовательности, т.е. существует свойственный каждому заболеванию стереотип развития.

Выделяют общепатологический стереотип развития, свойственный всем болезням, и нозологический стереотип, который типичен для отдельных болезней (И.В.Давыдовский).

Общепатологический стереотип развития болезней предусматривает наличие общих закономерностей при всех заболеваниях. Еще В.Гризингер пытался выделить эти закономерности для психических болезней, считая, что каждое заболевание начинается с депрессии, затем появляется бредовая симптоматика и заканчивается все слабоумием.

Выявлено, что на начальных этапах при прогрессирующих психических заболеваниях чаще обнаруживаются позитивные расстройства, которые могут быть представлены *невротическими, аффективными, бредовыми и психоорганическими проявлениями*. Иными словами, при прогрессирующих психических расстройствах клиническая картина неуклонно усложняется и углубляется. Типичным примером служит формирование клинических проявлений при шизофрении: на начальных этапах обнаруживаются расстройства невротического уровня, астенические, фобические, затем появляются аффективные расстройства, бредовая симптоматика, усложняющаяся галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, синдромом Кандинского—Клерамбо, парафренным бредом и исходом в апатическое слабоумие.

Негативные психические расстройства, несмотря на общепатологические закономерности формирования дефекта личности в связи с болезнью, имеют неоднозначные тенденции в таких группах заболеваний, как эндогенные, психогенные и экзогенно-органические.

Негативные расстройства обычно представлены следующими синдромами: астеническими и церебрастеническими (истощением психической деятельности, по терминологии А.В.Снежневского), изменениями личности, включающими психопатоподобные расстройства, причем при психогенных расстройствах — это патохарактерологические нарушения, проявляющиеся утратой способности индивида руководить своими эмоциями и поведением при адаптации к окружающей среде.

При экзогенно-органических заболеваниях негативные расстройства характеризуются психопатоподобными изменениями личности, которые проявляются в чрезмерной насыщенности переживаний, неадекватностью по силе и выраженности эмоциональных реакций, эксплозивности и агрессивности поведения.

При эндогенных заболеваниях, особенно при шизофрении, изменения личности имеют, по сравнению с экзогенно-органически-

ми расстройствами, противоположные тенденции и характеризуются эмоциональным обеднением и диссоциированностью эмоциональных проявлений, их разлаженностью и неадекватностью. Такой характер эмоциональных нарушений получил название «стекло и дерево».

Следующий уровень негативных расстройств характеризуется снижением продуктивной деятельности за счет интеллектуально-мнестических и аффективных расстройств.

При эндогенных экзогенно-органических заболеваниях эти расстройства различны. Если при экзогенно-органических заболеваниях наблюдается непосредственное снижение памяти и обеднение интеллектуальной деятельности, то при шизофрении эти расстройства обусловлены глубиной аффективных нарушений, апатией, абулией, а само слабоумие носит название апатического слабоумия.

Принято считать, что у больных шизофренией не страдает память, однако хорошо известны случаи, когда больные, находясь длительно в отделении, не знают имени лечащего врача, соседей по палате, затрудняются назвать даты.

Однако эти расстройства не истинные, а обусловленные аффективными нарушениями. В ситуациях, к которым у больных имеется интерес, память оказывается сохранной.

В раннем детском возрасте негативные симптомы связаны с нарушением психического развития, т.е. носят дизонтогенетический характер (В.В.Ковалев). В дошкольном и младшем школьном возрасте интеллектуально-мнестическое и эмоциональное снижение изменчиво, нестойко, перекрывается нарушениями развития соответствующих психических функций. Такие негативные симптомы, которые у взрослых оцениваются как снижение уровня личности, в младшем детском возрасте редуцированы из-за незрелости этих функций. Возрастными эквивалентами считаются нарушение навыков опрятности, моторики (ходьбы, самообслуживания, выполнения элементарных трудовых процессов), снижение побуждений или двигательная расторможенность, примитивная игровая деятельность, утрата чувства дистанции со взрослыми, потеря контакта со сверстниками и привязанности к близким (Сухарева Г.Е., 1965). У детей школьного возраста это выражается в нарушении усвоения школьных знаний, снижении критики к своим поступкам, психопатоподобными формами поведения: гиперактивностью, эйфоричностью, расторможенностью влечений или бездеятельностью, апатией.

Продуктивные психопатологические расстройства у детей рудиментарны, наблюдаются бредовые страхи и бредовая настроенность вместо бредовых идей, патологическое фантазирование, визуализированные образные представления, гипнагогические галлюцинации, иллюзии воображения и другие галлюциноиды вместо истинных галлюцинаций. Продуктивные расстройства у детей фрагментарны и не развернуты.

В.В.Ковалев предлагает выделять негативно-дизонтогенетические и продуктивно-дизонтогенетические симптомы и синдромы у детей.

К **негативно-дизонтогенетическим синдромам** он относит синдромы общего психического недоразвития (олигофрения), психического инфантилизма, невропатии, раннего детского аутизма, психопатические синдромы и гебоидный синдром. Эти синдромы в своей основе имеют дизонтогенетические механизмы общей или парциальной ретардации, диспропорционального развития, связанного с асинхронией.

К **продуктивно-дизонтогенетическим синдромам** относятся: гебефренный синдром, синдромы регрессивных расстройств (нарушения психомоторики, навыков, элективный мутизм и др.), страхи, патологическое фантазирование, уходы и бродяжничество в детском возрасте, синдромы дисморфофобии-дисморфомании, нервной анорексии, сверхценных увлечений и интересов подростков.

Патогенетическую основу этих синдромов составляют механизм высвобождения онтогенетически более ранних форм реагирования из-под влияния позднее сформированных функциональных систем мозга и фиксация незрелых типов реакций. Эти симптомы обычно временные и исчезают по мере созревания ребенка и подростка.

Уровни психических расстройств

Все психические болезни (эндогенные, соматогенные, органические и психогенные) могут проявляться психотическими, невротическими и психопатическими расстройствами.

Под **психотическим уровнем психических расстройств** принято понимать такое состояние, при котором больной неадекватно оценивает себя, окружающую обстановку, отношение внешних событий к нему и к его ситуации, все это сопровождается нарушением психических реакций, поведения, дезорганизацией психики. Между психотическим уровнем нарушения психической деятельности и психозом часто ставится знак равенства. Под психозом принято понимать такое болезненное расстройство психики, проявляющееся целиком или преимущественно неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности, с возникновением несвойственных нормальной психике явлений (галлюцинации, бред, психомоторные и аффективные расстройства). А.А.Портнов писал, что психоз — повреждение адаптации личности к внешнему миру, отсутствие или извращение произвольной адаптации.

Невротический уровень расстройств психической деятельности характеризуется сохранением правильных отношений к происходящим событиям, правильной оценкой собственного состояния как болезненного, адекватным поведением и наличием расстройств в сфере вегетативных, сенсомоторных и аффективных проявлений. А.А.Портнов считал эти расстройства нарушениями произвольной витальной адаптации.

Психопатический уровень психических расстройств характеризуется стойкой дисгармонией личности, нарушением адаптации к окружающей среде из-за чрезмерной аффективности и аффективной оценки окружающего. Психопатический уровень психических расстройств мо-

жет существовать у больного всю жизнь или возникать в связи с перенесенными заболеваниями и при патологических развитиях личности.

Психотические расстройства (психозы) встречаются в 5 раз чаще, чем непсихотические заболевания. Психические расстройства часто вначале проявляются вегетативными и соматическими симптомами, в связи с чем больные обращаются к врачам общей практики.

Известно, что психические травмы неблагоприятно влияют на течение соматических заболеваний, могут нарушаться сон, аппетит, понижается активность и сопротивляемость к болезни. В период эмоциональных подъемов обычно наблюдается уменьшение числа соматических заболеваний, как это наблюдалось под влиянием патриотических чувств во время Великой Отечественной войны.

К врачам общей практики обращаются не только больные с начальными формами психических заболеваний, но и больные с непсихотическими формами психических расстройств, при которых также преобладают соматические жалобы.

В.А.Гиляровский называл эту группу больных пограничной, считая, что у них расстройства находятся на границе между психической болезнью и здоровьем, психической и соматической патологией.

П.Б.Ганнушкин называл эти расстройства малой психиатрией. О.В.Кербиков писал, что между формами пограничной психиатрии не существует четких границ, между неврозами и психопатиями или между соматоформными расстройствами и расстройствами личности находится много промежуточных состояний, отражающих те или иные расстройства. Это создает большие трудности для врачей общей практики, которые должны распознать психические расстройства, оценить их и принять соответствующее решение по оказанию помощи больному.

Глава 7. РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ

В психиатрии принято разграничение всей совокупности психических расстройств на ряд разделов, или сфер, аномальной психической деятельности, каждая из которых представлена родственными психопатологическими симптомами и синдромами. Одна из часто используемых градаций нарушений душевной деятельности следующая: 1) расстройства чувственного познания, или перцепции (расстройства ощущений, восприятий, представлений); 2) расстройства рационального познания (патологические суждения, умозаключения, включающие бред, сверхценные идеи, навязчивости); 3) нарушения интеллектуально-мнестической сферы, к которой относятся расстройства памяти, внимания, мышления, интеллекта; 4) расстройства эмоционально-волевой сферы. Кроме того, принято выделять: 5) расстройства сознания и самосознания; 6) нарушения речи и моторики; 7) патологию влечений; 8) нарушения поведения; 9) расстройства личности.

7.1. Расстройства ощущений, восприятий и представлений

7.1.1. Патология ощущений

Под ощущениями принято понимать отражение отдельных свойств предметов и явлений реальной действительности при их непосредственном воздействии на органы чувств.

Гиперестезия — понижение порога чувствительности, выраженное усиление тактильных, обонятельных, осязательных, вкусовых, зрительных, слуховых, болевых ощущений до уровня труднопереносимых, раздражающих. Звуки кажутся непомерно громкими, оглушающими, цвета — слишком резкими, яркими, без полутонов, простыня — шершавой, испачканной песком, боль — невыносимой без достаточных на то оснований.

Гипестезия — повышение порога чувствительности. Ощущения воспринимаются приглушенными, затушеванными, невыразительными.

Голоса кажутся тихими, неясными, краски — тусклыми, смазанными, предметы — нечеткими, боль — тупой, не столь мучительной.

Анестезия — выпадение болевой, тактильной или иной чувствительности. Боль может носить внушенный, чисто функциональный характер. Практическая значимость боли особенно велика. Переживание боли встречается часто. Переносимость, чувствительность к боли, порог болевых ощущений весьма индивидуальны. Низкая восприимчивость к боли — сомнительное положительное качество, поскольку боль является одним из важнейших сигналов психофизического неблагополучия. Боль элементарна, «боль есть боль» и по-другому ее квалифицировать трудно. До сих пор нет удовлетворительного и признанного определения боли, раскрывающего достаточно полно сущность этого понятия. Одна из наиболее приемлемых характеристик боли: боль — неприятное ощущение или эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения.

Сенестопатии. Из расстройств патологических ощущений особенно значимы в практическом отношении сенестопатии. Под сенестопатиями понимают наиболее сложные, необычные, тягостные ощущения центральной (психической) природы, не имеющие объяснения и не определяемые доступными методами. Для сенестопатий характерны вычурность, своеобразие, мучительность и причудливость ощущений. Больные затрудняются описать ощущения, часто прибегают к образным сравнениям, иносказательным выражениям, метафорам: «как будто», «похоже», «Мне кажется, что мой мозг переполнен жидкостью. Такое впечатление, что мозг болтается в черепной коробке и бьется об ее острые грани», «Мое тело высохло, стало, как папиросная бумага». Еще одна особенность сенестопатий — неопределенность локализации.

Сенестопатии ощущаются то в одной области тела, то в другой, иногда сразу по всему телу, носят мигрирующий характер. У части больных сенестопатии сопровождаются чувством насильственности, вызванности, переживаются как результат постороннего влияния (последнее обычно свойственно больным шизофренией). Сенестопатии нередко носят длительный, упорный характер и часто сочетаются с различными ипохондрическими опасениями, тревогой. В итоге формируется *сенестопатически-ипохондрический синдром*. Сенестопатии необходимо отграничивать от соматических расстройств. При этом нельзя всецело полагаться на результаты параклинических обследований, так как диагностические возможности объективных методов и их доступность ограничены. При дифференциальной диагностике сенестопатий и соматических расстройств приходится в равной мере опираться на их клинические и инструментальные различия.

Таким образом, от висцеральной патологии сенестопатии отличаются особой сложностью, необычностью, причудливостью, витиеватостью ощущений, трудно поддающихся описанию, их упорством, неопределенной или меняющейся локализацией, отсутствием патологических сдви-

гов в параклинических данных или их несоответствием характеру жалоб, спонтанностью возникновения, неэффективностью пробной терапии.

Еще более затруднительно разграничение висцеральных расстройств и алгической формы сенестопатий (сенестоалгий), которые проявляются сложными, своеобразными ощущениями, напоминающими болевые.

Гиперестезия и гипестезия возникают в результате различных интоксикаций, инфекций, неврозов, астенических состояний. Локальная анестезия нередко имеет истерическую природу. Сенестопатии бывают связаны с органическим поражением головного мозга, интоксикацией, гормональными дисфункциями, шизофренией. Патологические ощущения чаще не являются признаком большой глубины и тяжести психических расстройств. Преимущественно их квалифицируют как непсихотические нарушения.

7.1.2. Расстройства восприятия (иллюзии, психосенсорные расстройства)

Процесс восприятия отражает целостные объекты действительности в единстве присущих им качеств. Они возникают при непосредственном действии раздражителя на органы чувств. К расстройствам восприятия относятся иллюзии и нарушения психосенсорного синтеза.

Иллюзии

Под *иллюзиями* понимают не просто неправильное восприятие, а *качественно* неправильное, искаженное, связанное с ошибочным узнаванием предметов и явлений, когда вместо одних предметов действительности воспринимаются совершенно иные предметы и явления. Например, настольная лампа воспринимается как голова какого-то животного, висящее на вешалке пальто – как фигура притаившегося человека. Иллюзорное восприятие часто неотличимо в чувственном плане от нормальных восприятий по яркости, цветности, четкости, реалистичности, убедительности и другим характеристикам. Поэтому критика к иллюзорным обманам восприятия обычно отсутствует. Больной уверен, что он действительно «видит» или «слышит» нечто, даже если оно противоречит здравому смыслу вследствие его фантастичности, неправдоподобия, необычности.

В учебниках по психологии к иллюзиям часто относят оптические, физиологические и некоторые другие иллюзии: палка, наполовину опущенная в воду, кажется переломленной (оптическая иллюзия), пейзажи, видимые в окне движущегося поезда, выглядят как находящиеся в непрерывном движении (физиологическая иллюзия). В психиатрии понимание иллюзий обычно более узкое и конкретное, чаще относимое к патологии. Оно не связано с внешне сходными феноменами, обусловленными законами оптики, физиологии, включая миражи и т.п. Только качественно неверное восприятие является иллюзорным с позиций психиатрии. Такое понимание иллюзий оправдано клинической практикой, диагностическим смыслом. Ряд психологов объясняют

иллюзии результатом слияния искаженного восприятия и качественно отличного представления.

Различают *зрительные, слуховые, аффективные иллюзии*. Вкусовые, обонятельные, тактильные иллюзии выделяют редко. Особенно актуальны аффективные иллюзии, во многом связанные со стрессом, переживанием интенсивной тревоги, страха, депрессии. Так, если заставить человека провести в одиночестве ночь на кладбище, то многим в шорохе листвы будут слышаться неясные голоса угрожающего и осуждающего содержания (слуховые иллюзии), а очертания надгробий могут восприниматься как фигура притаившегося человека (зрительные иллюзии).

Выделяют *парейдолические иллюзии*. К ним относят сложные, сценopodobные, иногда фантастические зрительные иллюзии. В рисунке ковра, обоев, морозных узорах на стекле, проплывающих облаках больной видит сказочных животных, людей, других живых существ. Иногда иллюзорные видения калейдоскопически сменяют друг друга последовательно, по смыслу, напоминая фильм.

В одних случаях больные убеждены в реальности иллюзорных переживаний. Критика отсутствует. В других случаях, особенно при кратковременности, расплывчатости, нечеткости иллюзий критика быстро восстанавливается. Иллюзорное восприятие — психотический или, по крайней мере, субпсихотический симптом. Обильные зрительные иллюзии — частый признак измененного сознания. Иллюзии встречаются при самых разных формах психической и соматической патологии. Иллюзорному восприятию способствуют помимо стресса, тревоги, страха недостаточная освещенность, чрезмерная шумность помещений, дефекты зрения и слуха, других органов чувств, излишняя впечатлительность, мечтательность, склонность к фантазированию, повышенная внушаемость, переутомление, расстройства сна.

Р., 45 лет. Вернувшись с отдыха на море, после острого расстройства мозгового кровообращения три вечера подряд был беспокойным, куда-то стремился. Потолок больничной палаты воспринимал как поверхность огромного аквариума. В трещинах потолка «видел» множество медленно проплывающих мимо дверного проема мелких морских существ. Проходящих мимо больных то узнавал, то воспринимал как больших, размером с человека рыб. Видел, как они широко разевают рты, размахивают руками-плавниками. На слова родственников, что виденное им всего лишь сон, выражал возмущение.

Психосенсорные расстройства

Метаморфопсии

К метаморфопсиям относят неправильное восприятие формы, величины, соотношения, взаиморасположения, структуры и другие сходные нарушения предметов и явлений. В отличие от иллюзий, сущность, предназначение, функция предметов узнается правильно. Предметы

обстановки воспринимаются резко увеличенными в размерах, предметы мебели огромные, заполняющие все помещение (макропсии), другие предметы обихода кажутся сильно уменьшенными (микропсии), удвоенными или утроенными, искривленными (дисмегалопсии). Пространство кажется увеличенным, улица — бесконечной. Иногда стены дома представляются наклоненными, кажется, что они вот-вот рухнут и раздавят человека. Возможна невесомость предметов, другие нарушения представлений об окружающей действительности. Под контролем зрения метаморфопсии исчезают. Они обычно возобновляются, когда контроль утрачен.

Расстройства схемы тела

Нарушения схемы тела выражаются в ошибочном восприятии размеров, формы, соотношения и расположения частей тела. Собственная голова кажется огромной, шеи нет, рука размещена на спине, голова отделена от туловища. Разглядывание, ощупывание себя помогает на время скорректировать полностью или частично образ собственного тела.

Нарушения оптико-пространственных представлений

Человек, ежедневно выходящий из вагона метро, делающий это автоматически, вдруг утрачивает способность к ориентировке, ошибается на 180° и идет в противоположную сторону.

7.1.3. Расстройства представлений (галлюцинации, или мнимовосприятия)

Представление — формирование или воспроизведение образа предмета или явления на основе прошлых восприятий, вне непосредственной связи с сиюминутными восприятиями.

Со времен первых руководств по психиатрии, нередко и до сих пор, **галлюцинации** определяют как восприятие без объекта. При кажущейся легкости запоминания и понимания такая трактовка галлюцинаций сомнительна, поскольку воспринимать то, что не существует, вряд ли возможно, если не встать на крайнюю, субъективно-идеалистическую позицию.

Галлюцинации относятся в большей мере к патологии представлений, а не восприятий. Одно из наиболее приемлемых пониманий галлюцинаций следующее: галлюцинации — особые патологические представления, которые обладают такого рода свойствами, что становятся неотличимыми от восприятия, хотя таковыми не являются. Сходное понимание галлюцинаций сформулировано Е.А. Поповым, который придавал существенное значение в механизмах развития галлюцинаций и иллюзий совмещению ощущений с представлениями. Наиболее принципиальные отличия галлюцинаций от нормальных представлений заключаются в следующем.

1. Те патологические представления, которые именуют галлюцинациями, по своей чувственности, предметности, насыщенности цветом,

яркости, реальности не уступают мнимовосприятиям или почти неотличимы от них.

2. Нормальные представления в подавляющем большинстве произвольны, хотя бывают и непроизвольными. Вы можете по своему усмотрению представить себе любой предмет домашней обстановки, внешний облик какого-то человека, почти всякий предмет или явление. Содержание галлюцинаторных образов непроизвольно, не зависит от воли и желания.

Таким образом, галлюцинации, или мнимовосприятия, субъективно неотличимы или почти неотличимы от реальных восприятий. В.Х.Кандинский (1893) определял галлюцинации как чувственные образы, которые обладают в воспринимающем сознании такими же свойствами объективной действительности, которые при обычных условиях принадлежат лишь к чувственным образам, получающимся при непосредственном восприятии реальных впечатлений.

Систематика галлюцинаций

Принято делить мнимые восприятия по органам чувств, к которым они относятся. Различают галлюцинации зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные, вкусовые и ряд других обманов восприятия, выделяемых по разным принципам и критериям.

Вербальные галлюцинации (словесно оформленные, речевые) — самые частые. Больной слышит мнимые «голоса» различного содержания: знакомые и незнакомые, одиночные, множественные, они могут быть приятного или чаще неприятного содержания, комментирующими («он одевается, собирает вещи, ищет нож...»), угрожающими, оскорбляющими, антагонистическими (один «голос» хвалит, поддерживает больного, другой запугивает, обижает). Особое практическое значение имеют **императивные, «приказные» галлюцинации**. Они социально наиболее опасны. Исключить реализацию «приказов» «голосов» с полной уверенностью не представляется возможным, даже если они противоречат здравому смыслу и моральным установкам. Императивные обманы восприятия — одно из веских оснований для недобровольной госпитализации.

Н., 60 лет. После долгого сопротивления по приказу «голосов» зарезал собственного отца.

Элементарные, беспредметные слуховые галлюцинации (оклики, стуки, шумы) называются акоазмами. Упорные акоазмы квалифицируются как акоазматический галлюциноз, встречающийся в основном в пожилом и старческом возрасте. Попытки заткнуть уши, сменить помещение не приводят к исчезновению слуховых галлюцинаций.

Зрительные галлюцинации встречаются существенно реже. Больные «видят» необычных животных, странных людей, инопланетян, чудовищ, увеличенные (гуливерские) или уменьшенные (лилипутские) галлюцинации. Если зрительные обманы восприятия не носят завершен-

ного предметного характера, а ограничиваются вспышками, дымом, искрами, их называют фотопсиями.

П., 27 лет. Около 10 лет злоупотреблял алкоголем. Пьет ежедневно, запоями, до 1 л водки в сутки. Дважды на добровольной основе лечился в психиатрических стационарах. Ремиссии до полугода. Последний раз госпитализирован специализированной бригадой «скорой помощи». За 2 дня до этого стал возбужденным, от кого-то прятался, ударил жену. Утверждал, что находится в закусочной, где привык выпивать. К чему-то приглядывался, прислушивался. Все время пытался встать. Среди больных по палате «узнал» собутыльников. «Видел», как они пьют и едят. Требовал налить ему. Но они только ухмылялись. Разражался в их адрес грубой бранью и угрозами. Вечером «увидел» на столе бутылку водки. Хотел подбежать к ней и схватить, но бутылка начала прыгать, ускользать от него «как живая», корчила ему «рожи», показывала кукиш. Через сутки видения исчезли. Еще через день стал допускать, что ему все «померещилось».

Обонятельные галлюцинации бывают относительно редко. Больные ощущают преследующие их отвратительные, тошнотворные запахи (трупов, кишечных газов), от которых не удастся избавиться при проветривании, смене места пребывания.

При **вкусовых галлюцинациях** пища кажется скверной, несъедобной, при попытке заменить пищу вкусовые ощущения сохраняются.

Тактильные мнимовосприятия выражаются в ощущении на коже, под кожей мух, червей, тараканов или других живых существ.

Гипнагогические галлюцинации (зрительные или слуховые) возникают при засыпании, в переходном состоянии между сном и бодрствованием. Зрительные галлюцинации чаще возникают при плохой освещенности, закрытых глазах, на темном поле зрения. Больной «видит» головы животных, человеческие фигуры, части тела. При включении света, открывании глаз «видения» обычно исчезают. Гипнагогические галлюцинации больные обычно отличают от нормальных восприятий.

Висцеральные галлюцинации — переживание внутри тела одного или многих живых существ.

С., 50 лет. Утверждал, что в его легких поселился петух, и он чувствовал, как петух хлопает крыльями, когтями, клювом рвет легкие, выклеывает альвеолы.

Галлюцинации общего чувства проявляются явственным ощущением присутствия рядом с собой невидимого человека или другого живого существа.

Функциональные галлюцинации — чаще слуховые, реже зрительные, мнимовосприятия. Возникают только на то время, пока действует дополнительный раздражитель. Так, больной «слышит» чьи-то «голоса», пока льется вода из крана. Шум воды прекращается, и «голоса» исчезают.

Комплексные галлюцинации — одновременное сочетание скоординированных вербальных, зрительных, тактильных, вкусовых или других галлюцинаций.

С., 23 года, «слышит» «голос» умершего родственника и одновременно «видит» его мумифицированный труп.

Внушенные галлюцинации. При глубоком гипнотическом погружении, находясь в состоянии транса (внушенного сумеречного или суженного изменения сознания) гипнотизер внушает различные зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные обманы восприятия. Гипнотизируемый «видит» красивый пейзаж, «слышит» пение птиц, «чувствует» запахи цветов, «гребет» на лодке.

Отрицательные галлюцинации. Под влиянием внушения пациент как бы не видит, не слышит, не воспринимает те или иные предметы и явления (в соответствии с содержанием внушений).

Двигательные (кинестетические) галлюцинации выражаются в совершении движений, действий, выполняемых не по своей воле и желанию, в результате тех или иных влияний (магических, божественных и других сил).

Родственные кинестетическим **речедвигательные галлюцинации** заключаются в том, что больных «заставляют» произносить слова, фразы, вести разговоры в результате различных внешних воздействий.

Суть **панорамных, сценopodobных, калейдоскопических галлюцинаций** понятна из названия.

При **аутоскопических галлюцинациях** больные «видят» свой образ. **Экстракампинные галлюцинации** — зрительные мнимовосприятия, локализуемые вне поля зрения, например позади себя.

Галлюцинации принято разграничивать на истинные и псевдогаллюцинации.

Истинные галлюцинации субъективно неотличимы или почти неотличимы от реальных восприятий.

В., 27 лет. Год назад на фоне депрессии начал «слышать» «голоса» родственников и незнакомых людей. «Голоса» звучат явственно, «как всегда», не отличимы от разговоров других людей. Один «голос» хвалит, во всем поддерживает, другие — ругают, оскорбляют, упрекают в никчемности, «в зря прожитой жизни». По совету «голоса» родственника снял со сберкнижки все деньги и вложил их в коммерческий банк, который вскоре прогорел. Из-за этого возник тяжелый конфликт с женой и детьми. «Голоса» также доносились сверху, из соседней квартиры. Несколько раз поднимался к соседям. Хотел проверить, не стоит ли там аппаратура. Подозревает, что спецслужбой поставлен «на прослушку». На полную мощность включает телевизор, чтобы заглушить «голоса». Собирается установить подвесные потолки, покрыть потолок звукоизолирующими материалами. Думает поменять квартиру.

Псевдогаллюцинации больные отграничивают от галлюцинаций, имеваемых истинными, хотя во многих случаях затрудняются указать, в чем именно состоит эта разница.

Основные разграничительные признаки истинных и псевдогаллюцинаций заключаются в следующем:

1. *Истинные галлюцинации* совмещаются с действительными восприятиями реальных предметов и явлений и локализуются в объективном пространстве, сохраняя нормальные, естественные отношения истинных галлюцинаций и реальных восприятий. Так, если галлюцинаторная кошка идет по реальному столу с письменным прибором, больной видит, как кошка лапами, хвостом на мгновения перекрывает письменный прибор.

Псевдогаллюцинации локализуются в субъективном пространстве, т.е. в пространстве, существующем только в сознании больного. Псевдогаллюцинаторные образы не совмещаются с восприятием реальных предметов и явлений, «видятся», «слышатся» независимо от них, «голоса» исходят отовсюду — слева, справа, сверху, снизу и т.д. Псевдогаллюцинации часто помещаются внутри тела больного, преимущественно в голове. По утверждению больных, они «слышат внутренним слухом», «видят внутренним взором». Если же псевдогаллюцинации локализуются за пределами тела, то больные затрудняются указать, откуда исходят обманы восприятия или помещают их за границами досягаемости органов чувств: вне поля зрения, позади себя (экстракампинные галлюцинации) или за сотни километров. Так, больной, находящийся в Москве, утверждает, что «видит» себя в Ярославле.

2. При псевдогаллюцинациях отсутствует чувство реальности, действительности. Больные утверждают, что они воспринимают, «видят», «слышат» не так, как всегда, а по-особому, хотя выразить эти особенности псевдогаллюцинаций затрудняются. Так, одни больные говорят, что слышат голос, доносящийся из загробного мира или звучащий по телефону. В других случаях голоса беззвучны, видения прозрачны, цвета неяркие, смазанные, голоса приглушенные или лишены возрастно-половой окраски. При зрительных псевдогаллюцинациях больные видят «в голове» прозрачные картины, напоминающие калейдоскоп или мультфильмы. Нечеткость, смазанность, тусклость, прозрачность, невыразительность — еще одна частая особенность псевдогаллюцинаторных образов.

3. Псевдогаллюцинации часто сопровождаются чувством насильственности, вызванности, сделанности и бредом воздействия. Больные жалуются, что им принудительно «вкладывают в уши» чьи-то «голоса», вынуждают принимать информацию по телефону, в голове «показывают» картины. Больной совершает действия не по своей воле, находясь во власти мистических или иных сил. Хотя псевдогаллюцинаторные мнимовосприятия особые, отличимые для больных от истинных обманов восприятия, критика к галлюцинациям отсутствует как при истинных, так и при ложных мнимовосприятиях.

Отсутствие критики — характерная черта галлюцинаций, несмотря на явную абсурдность, неправдоподобие, фантастичность, противоречие содержания здравому смыслу. Некритичность во многом связана с тем, что, начиная с детства, весь наш жизненный опыт приучает доверять собственным органам чувств, и если мы что-то видим или слышим — значит, это есть на самом деле.

Н., 24 года. 5 лет назад начал получать странные, почти беззвучные сигналы. Иногда удавалось разобрать отдельные слова. Понял, что кто-то с ним общается, устанавливает связь. «Научился» понимать содержание сигналов, хотя слов не слышит. «Сигналы поступают» прямо в мозг. «Чувствует», что источник сигналов находится на Чукотке. Мысленно задает вопросы, иногда получает ответы, часто в форме указаний. Выполняет только «безвредные» указания: «не ешь», «убери квартиру». Другие, морально недопустимые распоряжения: «ударь», «накажи» — не выполняет. При этом испытывает напряжение. Кто посылает ему сигналы, точно не знает. Но подозревает, что это люди из тайной организации, занимающиеся «большой наукой».

7.1.4. Диагностическое значение расстройств чувственного познания

Нарушения сферы восприятия, особенно галлюцинации и иллюзии, относятся к числу важнейших, классических признаков психических расстройств, более того, большинство из них являются показателем грубого и тяжелого нарушения душевной деятельности — психоза.

Гиперестезии, гипестезии, анестезии — признаки непсихотических отклонений, а наиболее выраженные и стойкие сенестопатии — показатели, по крайней мере, субпсихотических расстройств. Гиперестезия характерна для неврастения, астенических состояний различной природы: инфекционной, соматической, интоксикационной, органической, травматической. Гипестезия встречается у больных тяжелой соматической патологией и на начальных этапах выключения сознания, пониженной реактивности. Анестезия в одних случаях имеет функционально-невротическую, точнее истерическую природу, в других — показатель интоксикации, органических поражений головного мозга. Сенестопатии, особенно более вычурные, обильные, стойкие и сопровождающиеся чувством вызванности, сделанности — чаще свидетельствуют о шизофрении или органическом заболевании головного мозга. Метаморфопсии и расстройства схемы тела преимущественно являются следствием интоксикации, нейроинфекций, состояний наркотического опьянения и нетяжелых психоорганических расстройств.

Иллюзии возникают при разных психических расстройствах, в том числе при шизофрении. Обильные иллюзии, парейдолии — один из признаков помрачения сознания. Аффективные иллюзии допустимы у психически здоровых. Иллюзии могут возникать в состоянии алкогольного, наркотического опьянения.

Одно из фундаментальных, принятых в психиатрии, положений гласит: психопатологические симптомы и синдромы неспецифичны. В то же время некоторые из них возникают в основном при определенных формах психической патологии и являются предпочтительными и даже приближаются к специфичным (патогномоничным) психическим расстройствам.

Элементарные галлюцинации (фотопсии, акоазмы, эпизодические оклики), внушенные галлюцинации могут быть у практически здоровых. Обильные истинные зрительные галлюцинации — признак помрачения сознания. Истинные вербальные, обонятельные, вкусовые, висцеральные, тактильные обманы восприятия возникают вследствие инфекций, черепно-мозговых травм, соматических заболеваний, алкоголизма, наркотической и токсикоманической зависимости, употребления галлюциногенов (ЛСД, эфедрон, первитин и др.).

Большинство псевдогаллюцинаций имеет шизофреническую природу. Некоторые мнимовосприятия возникают почти исключительно при шизофрении и близки к специфичным. К ним относятся антагонистические, комментирующие, висцеральные, обонятельные.

Выявление галлюцинаций — во многих случаях сложная задача. Галлюцинации, как и многие другие нарушения чувственного познания, относятся к субъективным психопатологическим симптомам. В случаях, если больные не раскрывают свои болезненные переживания, отрицают их, не отвечают на вопросы, диссимулируют, а их поведение лишь в малой степени отражает галлюцинаторные расстройства (что бывает нередко), обманы восприятия или не распознаются, или носят сомнительный, предположительный характер. Изменения поведения, соответствующие содержанию галлюцинаторных образов, особенно сведения, полученные от больного, существенно повышают достоверность диагностики. Особенности поведения галлюцинирующих принято считать объективными признаками галлюцинаций, что справедливо лишь отчасти. Изменения поведения при галлюцинировании многообразны.

Больные с вербальными галлюцинациями к чему-то прислушиваются, с кем-то шепчутся, переговариваются, перестукиваются, пробуют затыкать уши, уходить в другие помещения (без какого-либо эффекта). При зрительных галлюцинациях больные к чему-то приглядываются, от кого-то прячутся, по выкрикам в состоянии возбуждения удастся частично судить о содержании оптических мнимовосприятий. При обонятельных галлюцинациях пациенты зажимают нос, пытаются без конца проветривать помещение.

А., 53 года, со стойким обонятельным галлюцинозом несколько лет пыталась устранить преследующий ее отвратительный запах порченного мяса, последовательно выбрасывая все, что могло быть его источником. Вызванная соседями бригада «скорой психиатрической помощи» обнаружила совершенно пустую квартиру, без мебели, одежды, продук-

тов, предметов домашнего обихода. Все окна были широко распахнуты, квартира проморожена.

Разные обманы восприятия нередко приводят к сходным нарушениям поведения. Так, отказы от еды могут быть результатом вкусовых, обонятельных или вербальных императивных галлюцинаций. В одних случаях доступность больных в сочетании с типичными расстройствами поведения позволяет с уверенностью диагностировать мнимовосприятие, в других — отрывочные высказывания, намеки, нюансы мимики, жесты, поведенческие детали дают возможность лишь заподозрить наличие галлюцинаций.

7.2. Особенности расстройств чувственного познания у детей и подростков

У детей в отличие от взрослых преобладает чувственное, а не рациональное познание. Чувственное познание более яркое, изменчивое, менее дифференцированное, труднее отличимое от представлений и образов реальной действительности.

Сенестопатии выявляются не ранее 3—4 лет, что бывает редко, вследствие ограниченных возможностей осмысления и передачи информации, сложности вербализации сенестопатий. У детей младших возрастных групп (раннего, дошкольного, младшего школьного, препубертатного возраста) характерны упрощенность и скудость жалоб («в животе бурчит», «что-то переливается»), трудности в описании патологических ощущений, преимущественно сенестоалгическая форма сенестопатий, рудиментарность ипохондрических и субдепрессивных опасений, отсутствие отчетливых ипохондрических версий. С увеличением возраста у детей усложняются сенестопатические жалобы, увеличивается удельный вес аффективных и ипохондрических объяснений, страхов, которые могут достигать уровня отрывочного ипохондрического бреда. В препубертатном возрасте сенестопатии иногда приближаются к патологическим ощущениям у взрослых.

О., 12 лет. Жаловалась, что «голова онемела, замерзла, распадается, мозг стал совсем маленьким, начал прыгать и перекачиваться при ходьбе».

Иллюзии у детей возникают не ранее 4—5 лет. Иллюзорное восприятие в детском возрасте бывает чаще, чем у взрослых. Этому способствуют общая психическая незрелость, меньшая точность восприятия, повышенная внушаемость и самовнушаемость, пугливость, склонность к фантазированию и воображению, нечеткое разграничение восприятий и представлений, слабость критических суждений. Кроме того, возникновение иллюзий у детей связано с недостаточной освещенностью, болезнями зрения и слуха, переутомлением, сонливостью, переходными состояниями от сна к бодрствованию. Аффективные иллюзии у детей бывают чаще, чем у взрослых вследствие их склонности к образованию

страхов. В более младшем возрасте преобладают зрительные иллюзии, в более старшем — слуховые. Бывают парейдолические иллюзии. Возможны тактильные и обонятельные иллюзии (Ковалев В.В., 1985). Иллюзии возникают и у практически здоровых детей. Патологические иллюзорные восприятия отличаются стереотипностью, своеобразием, «странностью», необычностью содержания. Наряду с иллюзиями у детей встречаются неправильные восприятия формы, размеров, взаимного расположения предметов и явлений действительности, ошибки пространственного восприятия, нарушения схемы тела, метаморфопсий, цветоощущения, ощущение невесомости и другие нарушения восприятия, которые преимущественно возникают при лихорадочных состояниях, острых детских инфекциях, нейроревматизме.

Истинные галлюцинации. Незрелость, недостаточная дифференцированность, слабость критических способностей, нечеткое разграничение сна и бодрствования, реальных представлений от кажущихся, одушевление неживых предметов — частый источник незавершенности галлюцинаций, существования промежуточных феноменов между истинными и псевдогаллюцинациями. Эпизодические, изолированные галлюцинации удается распознать не ранее 3—4-летнего возраста (Т.П.Симпсон, Г.Е.Сухарева). Возможны истинные зрительные мнимовосприятия, которые часто просматриваются, не диагностируются вследствие психической незрелости, частоты просоночных состояний и других особенностей детской психики. К промежуточным состояниям, незавершенным галлюцинациям, относятся галлюцинации воображения, гипнагогические, псевдогаллюцинации.

А., 6 лет. Постоянно отряхивает руки, закрывает нос и рот рукой. Объясняет это тем, что «плохо пахнет», но пояснить, чем пахнет, не может. Отряхивания, нежелание прикасаться к чему-либо объясняет тем, что «езде грязь», от которой можно «заразиться». Сообщил, что о грязи ему «рассказал» невидимый мальчик Андрюша, который прилетел с другой планеты. Голос этого мальчика якобы слышит внутри ушей почти постоянно. Утверждает, что если не будет отряхиваться, Андрюша станет его ругать. Настаивает, что Андрюша существует на самом деле.

У дошкольников доминируют зрительные и осязательные галлюцинации, преимущественно встречающиеся в просоночных состояниях. Нередко возникают зоологические, микроптические, множественные галлюцинации: дети жалуются на множество мух, тараканов, мышей, испытывают страх, требуют их прогнать. В других случаях дети видят устрашающие образы: «двухголовую собаку», «людей с песьими лицами», «Змея-Горыныча».

Возможны элементарные слуховые мнимовосприятия: слышатся свистки поезда, крики животных. У старших дошкольников встречаются преходящие, неполностью оформленные вербальные галлюцинации: слышится неясный разговор, удается разобрать лишь отдельные слова. Бывают императивные обманы восприятия: «не делай уроки», «порви

дневник». В препубертатном возрасте мнимовосприятия носят переходящий, рудиментарный характер. Не всегда удается с уверенностью разграничить истинные и псевдогаллюцинации, вследствие расплывчатости образов, нечеткости проекции и частого отсутствия чувства вызванности, насильственности.

Н., 14 лет. Рассказывает, что видит «космическую пыль», которая проплывает перед глазами. Описывает ее как невидимый и прозрачный «космический дождь», который проходит через любые предметы, кроме человеческого тела (например, вытянутая рука не пропускает этот дождь). Иногда при закрытых глазах непроизвольно видит перед собой пятна, цветы, солнце, которые, вращаясь, засасывают его, «как в омут». При этом испытывает ощущения падения капель на лицо.

У подростков 15—17 лет истинные мнимовосприятия не отличаются от галлюцинаций взрослых. В детско-подростковом возрасте псевдогаллюцинации возникают относительно чаще, чем у взрослых.

Псевдогаллюцинации. Как уже отмечено, у детей и подростков обманы восприятия отличаются незавершенностью. Галлюцинации воображения, гипнагогические галлюцинации, обманы восприятия, возникающие в просоночных состояниях, по клиническим особенностям относятся в большей мере к ложным, а не истинным галлюцинациям. Галлюцинации воображения понимают как непроизвольные, красочные, чувственные образы, содержание которых во многом определяется направленностью воображения, представлений, аффективной насыщенностью, фантазиями.

Гипнагогические галлюцинации относительно часто развиваются у детей и подростков. Они возникают в просоночном состоянии, в период засыпания, чувства сонливости, при закрытых глазах на темном поле зрения. Непроизвольно появляются те или иные образы разной четкости. Часто всплывают головы знакомых или незнакомых животных, людей, частей тела. При включении света, открытых глазах «видения» исчезают.

У детей приходится нередко разграничивать псевдогаллюцинации и сновидения (Г.К.Ушаков). Псевдогаллюцинаторные представления отличаются стереотипностью, повторяемостью сновидений, странностью, необычностью содержания, его эмоциональной насыщенностью, сопровождающейся тревогой и страхами. Иногда дети активно отмечают «особый» характер снов, хотя не могут сформулировать их. Старшие подростки в 15—17 лет нередко обладают полным набором клинических особенностей, свойственных псевдогаллюцинациям.

Глава 8.

РАССТРОЙСТВА РАЦИОНАЛЬНОГО (АБСТРАКТНО-ЛОГИЧЕСКОГО) ПОЗНАНИЯ

8.1. Расстройства формального мышления (ассоциативные расстройства)

Мышление — высшая и наиболее сложная ступень человеческого познания окружающей действительности и самопознания. Под мышлением понимается процесс установления новых существенных свойств, связей и отношений, недоступных на чувственной ступени познания в первичном акте восприятия объекта или ситуации.

Различают следующие виды мышления: наглядно-действенное, наглядно-образное, абстрактно-логическое, являющиеся последовательными этапами развития мышления в филогенезе и в онтогенезе.

Наглядно-действенное мышление — вид мышления, опирающийся на непосредственное восприятие предметов в процессе действий с ними. Это наиболее элементарный вид мышления, типичный для маленьких детей, возникающий в практической деятельности и являющийся основой для формирования более сложных видов мышления.

Наглядно-образное мышление — вид мышления, характеризующийся опорой на представления и образы конкретных предметов или явлений действительности. Поэтому его еще называют *конкретным*, или *чувственным*.

Абстрактно-логическое (отвлеченное) мышление — вид мышления, основанный на сложных логических операциях с понятиями, поэтому называемый *понятийным*. Сущность понятийного мышления состоит в выделении существенных свойств и связей предмета и отвлечении от других, несущественных, оперирует понятийное мышление знаками, символами, означающими и замещающими конкретные предметы, их свойства или отношения.

Различают такие *логические формы мышления*, как понятия, суждения, умозаключения.

Понятие — это отражение в сознании человека общих и существенных свойств предмета или явления. Понятия могут быть общими и единичными, конкретными и абстрактными, эмпирическими и теоретическими.

Суждение — основная форма мышления, в процессе которой утверждаются или отрицаются связи между предметами и явлениями действительности. Суждения могут быть истинными, ложными, общими и частными.

Умозаключение — это выведение из одного или нескольких суждений нового суждения. Исходные суждения, из которых выводится, извлекается другое суждение, называют посылками умозаключения. Различают умозаключение: индуктивное (рассуждение идет от единичных фактов к общему выводу), дедуктивное (от общих фактов к единичному выводу), по аналогии (вывод делается на основании частичного сходства между явлениями).

Выделяют ряд основных *мыслительных операций* — **сравнение, анализ, синтез, обобщение и отвлечение**. В процессе мышления осуществляется сравнение понятий, устанавливается их сходство, тождество или различие. Эти процессы носят название ассоциативных. Отдельные понятия могут ассоциироваться между собой по множеству признаков. Одни ассоциации отражают существенные связи и закономерности, другие могут быть поверхностными, случайными, ситуационными (ассоциации по созвучию, противоположности, смежности). Нарушение ассоциативного процесса приводит к разнообразным расстройствам мышления, делая его хаотичным, нецеленаправленным, малопродуктивным. Характер ассоциативных нарушений зависит от типа психического заболевания, его клинических синдромов, стадий, течения.

Процесс мышления выражается через язык и речь. Поэтому врач должен анализировать речь больного, его высказывания, суждения (в том числе письма, дневники, другие записи) для того, чтобы обнаружить расстройства мышления. Затруднения в оценке мышления больного возникают в тех случаях, если больной не говорит по каким-либо причинам (мутизм, расстройство сознания, безмолвное импульсивное возбуждение) и не может изложить свои мысли письменно. В таких случаях необходимо оценивать общее психическое состояние больного, возможные причины отсутствия речевого контакта и пытаться предвидеть действия больного на основании его предыдущего поведения (импульсивность, неожиданные поступки, гетеро- и аутоагрессивные действия и т.д.).

В психиатрии не существует общепринятой классификации чрезвычайно разнообразных нарушений мыслительной деятельности. В клинической практике обычно выделяют формальные расстройства мышления (расстройства ассоциативного процесса) по таким признакам, как темп, связность, стройность и патология суждений и умозаключений, к которой относятся бредовые, навязчивые и сверхценные расстройства. Эти расстройства могут наблюдаться у больного одновременно, при этом ошибки суждений могут быть результатом нарушения ассоциативного процесса или возникать самостоятельно в отсутствие выраженных формальных расстройств мышления.

Формальные расстройства ассоциативного процесса и речи

Нарушения динамики (темпа) ассоциативного процесса

Ускорение мышления — увеличение количества ассоциаций в единицу времени. При умеренном ускорении мышление сохраняет целенаправленность, могут возрастать творческая активность (легко возникают рифмы) и интеллектуальная продуктивность в целом. По мере дальнейшего нарастания темпа ассоциаций качество мышления ухудшается в силу преобладания простых ассоциаций (по созвучию, сходству, смежности, контрасту), появляется резкая смена темы высказываний. Одновременно с этим начинают преобладать внешние формы речевой активности: больные повышенно говорливы, их речь быстрая, громкая. В выраженных случаях мысли становятся поверхностными, малодокладательными, продуктивность мышления снижается. В выраженных случаях ускорение мышления приобретает характер «скачки идей»: поток мыслей становится неуправляемым, наблюдается непрерывная смена тематики высказываний, возникающих спонтанно или в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения, созвучия слов, произносимых другими людьми. Речь больных отстает от хода мыслей, появляются обрывки фраз, а иногда — набор слов, образно называемый «словесной крошкой или салатом», т.е. страдает не только семантика (логика) языка, но и его грамматика. В таких случаях говорят о **бессвязном (инкогерентном) мышлении**.

На вопрос врача, заданный больной о времени ее поступления в больницу, она отвечает: «Была я в вашей деревне. Такие приятные воспоминания остались, — громко хохочет. — Seriously, не шучу. Повязали, когда мы магазин брали. Я на шухере стояла. Тут бац — менты из-за угла! Мы врассыпную, а они за нами: мигалки включили, сирену врубили, вода течет. Мама дорогая! Взяли всех... Петька доставал всегда, друг сердечный. Ночевала я на вокзале. Если уходишь со столовой, тебя в тот же день выставляют из общаги. Меня тоже выставили, комендант дал только десять минут на сборы. Но это не страшно. Машка очень долго хохотала. Все равно день рождения удался. Картинка красивая, можно продать, разденут, наверное. У всех веселье, надоели все, пою много. Еще ни разу я не встречала его с проституткой. Кошмар! А побег из общепита — это мой подарок самой себе. Дешево и сердито. Особенно сердито».

Ускорение мышления наблюдается в структуре маниакального синдрома, в начальных стадиях алкогольного опьянения, при интоксикации психостимуляторами.

Замедление мышления — уменьшение числа ассоциаций в единицу времени. Целенаправленность мышления сохраняется, но ассоциации скудные, однообразные, продуктивность мышления снижена. Ответы на вопросы обычно после длительной паузы, односложные. Мысли формулируют с трудом, долго подбирая слова. Многие вопросы оставляют без ответа. Сами больные не задают вопросов.

Встречается замедление мышления при депрессивных синдромах, снижении общего психического тонуса в виде астенической спутанности и расстройствах сознания по типу оглушения.

Закупорка мышления — шперрунг (от нем. die Sperrung — закупорка) — неожиданная остановка, перерыв мысли, ее внезапная блокада. Больной замолкает, утратив нить мысли. Пытаясь заменить тему своей речи, он вновь ее утрачивает вследствие закупорки. Попытка собеседника помочь продолжить мысль оказывается неэффективной. Подобное расстройство происходит при ясном сознании, чем отличается от абсанса, воспоминания больных об этих состояниях сохраняются, субъективно ими переживаются «провалы, пустота в голове». Симптомы нарушения мышления по типу «шперрунгов» считаются патогномоничными для шизофрении, могут наблюдаться уже в начале заболевания. Близкими по форме к закупорке мышления являются обрывы мыслей, которые некоторыми авторами рассматриваются как прототип шперрунгов.

Обрыв мысли — беспричинное, субъективно переживаемое внезапное исчезновение нужной мысли, потеря нити рассуждений. Способность мыслить не утрачивается, но самостоятельно человек не может вспомнить, что хотел сказать. Обрывы мыслей следует отличать от похожего явления — потери нити мысли — у пациентов с астеническими расстройствами, у которых наблюдается ослабление произвольного внимания. Свободному течению мысли может препятствовать, приводя к своеобразной остановке ассоциативного процесса, сильное волнение. Например, так называемый «экзаменационный ступор» у студентов, при котором теряется способность к связному изложению и забывается хорошо знакомый материал.

Внешне противоположным закупорке и обрыву мыслей является такой феномен, как наплыв мыслей — ментизм.

Ментизм (mentismus, от лат. mens, mentis — мысль) — непроизвольный наплыв потока мыслей. Нередко эти мысли даже не приобретают четкого речевого оформления и возникают в сознании в виде лишенных конкретного содержания образов, представлений, понятий. Их направленность совершенно не зависит от больного, никаким волевым усилием наплыв мыслей нельзя ни прекратить, ни направить в обычное русло рассуждений. Субъективно ментизм крайне тягостно переживается больными и связывается ими с возможностью постороннего влияния на психику. «Мысли постоянно кружат в голове, — говорит больная, — не удастся от них отдохнуть, голова все время под напряжением, такое впечатление, что я сама уже не могу руководить своими мыслями, возникают опасения, что я попала под влияние каких-то таинственных сил».

Наблюдаются явления ментизма при шизофрении, особенно в дебюте заболевания и при вялом течении процесса, когда нет еще выраженного психического дефекта. Многие психиатры ментизм рассматривают как вид ассоциативного автоматизма (малый автоматизм). С ментизмом не следует путать наплывы мыслей, связанных с актуальными переживаниями, воспоминаниями, имеющими ярко выраженную

эмоциональную окраску. Подобные явления бывают при депрессивных и невротических состояниях, но в этих случаях отсутствуют явления произвольности, переживания постороннего влияния.

Вязкость мышления — нарушение подвижности мышления. Замедление темпа ассоциативных процессов проявляется в виде затруднений перехода от одной мысли к другой или с одной темы на другую. Ассоциации характеризуются инертностью, «прилипчивостью» к одной и той же теме.

Снижение продуктивности мышления у таких больных связано с другим типом расстройства ассоциативного процесса, наблюдаемым вместе с вязкостью и обозначаемым как обстоятельность мышления.

Обстоятельность мышления — выраженная детализация, неспособность разграничивать главное и второстепенное. Наблюдается снижение уровней обобщения и абстрагирования. Изложение сведений строится не в логической, а в пространственно-временной последовательности. Подобное мышление называется еще лабиринтным. Крайняя степень обстоятельности, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает мышление непродуктивным. Больные теряют способность удержать центральную линию разговора, подчас не способны самостоятельно вернуться к теме беседы, освободиться от побочных ассоциаций. «За деревьями не видно леса» — говорят о мышлении подобного типа.

Нарушения мышления по типу вязкости и обстоятельности отмечаются при эпилептической деменции, органических заболеваниях головного мозга с психоорганическим синдромом. Обстоятельность может встречаться при паранойяльных синдромах.

Нарушения целенаправленности мышления

Симптомы, включенные в эту группу, нередко сменяют друг друга по мере углубления нарушения мотивационного компонента мышления. В результате мышление все больше отрывается от действительности и все меньше определяется объективной необходимостью.

Витиеватость — пространные рассуждения с употреблением метафор, сравнений, литературных цитат, научных терминов, формул и т.п., что не нужно для доказательства данной мысли и затрудняет ее понимание. При витиеватости речь сохраняет свой строй и внешнюю логичность, но приобретает черты псевдонаучности, «красивости» и необычности. Продуктивность мышления снижается.

Резонерство — склонность к высокопарному бесплодному мудрствованию, к усложненным по форме рассуждениям, лишенным конечного смысла, для которых избирается самый случайный повод. Содержанием пространных разглагольствований по несущественному поводу обычно являются банальные нравоучения, морализованные истины, известные изречения, софизмы и т.п. Речь грамматически построена правильно, но многословна, изобилует причастными, деепричастными оборотами, вводными словами и т.п. Такое мышление непродуктивно. Оно не являет-

ся конкретным, так как не опирается на опыт и не относится к абстрактному ввиду отсутствия обобщения. Характерным является ответ больного на конкретный вопрос врача о времени поступления в клинику:

«Доктор, что по-вашему значит «поступить»? Поступать можно по-всякому. Я поступать стараюсь по справедливости. Поступки красят человека. Главное правило нравственности гласит: «Поступай с другими так, как ты хочешь, чтобы поступали с тобой». А вообще поступление — это очень широкое понятие, которое используется с различными основополагающими целями, многие из которых не всем понятны. Может быть поступление в институт, на службу, но в больницу не поступают, в больницу приходят сами или привозят другие. В армию тоже не поступают, в нее призывают, а затем демобилизуют. Демобилизация очень ответственный момент, определяющий будущее, зависящее от того, как дальше человек поступит».

На данном примере помимо резонерства можно продемонстрировать и такие близкие к резонерству расстройства мышления, как аморфность, разноплановость, соскальзывание.

Разноплановость — постоянная необоснованная, немотивированная смена основания для построения ассоциаций, соскальзывания, ввиду чего мысль лишается основного стержня, в ней объединяются порой несочетаемые понятия. При этом больные правильно усваивают инструкции, у них не нарушены интеллектуальные операции, но продуктивность мышления значительно снижается, конечная цель не достигается, так как суждения о каком-либо явлении или факте одновременно складываются на различных уровнях.

Аморфность — нечеткое использование понятий, при котором грамматически правильно построенная речь приобретает расплывчатый характер, ввиду чего мысль остается непонятной окружающим.

Соскальзывание — внешне объективно немотивированные, неожиданные эпизодические переходы логически и грамматически правильно построенной мысли одного содержания к другой неадекватной ассоциации, несущественному для конечной цели ассоциативного процесса признаку. После соскальзывания больные способны к дальнейшему последовательному рассуждению, не повторяя, но в то же время и не исправляя допущенной ошибки. Соскальзывание отличается от тематической отклоняемости, наблюдаемой при ускорении ассоциативного процесса. Тематическая отклоняемость происходит по простым ассоциациям, отражающим конкретные свойства предметов и явлений, а соскальзывание осуществляется по сложным (абстрактным) ассоциациям, которые неадекватны основной мысли.

По мере нарастания таких явлений мышление становится *паралогическим*, возникают более глубокие расстройства ассоциативного процесса, обозначаемые как разорванность.

Разорванность — отсутствие связей между отдельными умозаключениями, суждениями и понятиями. Наблюдаются два варианта ра-

зорванности: *логическая разорванность* — отсутствие логической (семантической) связи между отдельными составляющими мысли при сохранении ее грамматического (синтаксического) строя и *грамматическая разорванность (шизофазия)* — утрата грамматического строя речи. Речь таких больных представляет собой набор отдельных, не связанных между собой слов, превращающийся порой в «словесную крошку». Данный тип разорванности речи по форме аналогичен проявлениям *инкогеренции* — бессвязности мышления. В результате этого уловить смысл речи больного не удастся. Характерен «*симптом монолога*» — речевая неистощаемость при отсутствии потребности в собеседнике. Продуктивному речевому контакту больной недоступен и в таких случаях говорят о «*мнимой беседе*», когда не удастся получить ответ ни на один задаваемый вопрос, несмотря на активную речевую продукцию больного.

На вопрос врача о самочувствии больная всхлипывает, охает, вздыхает, завывает, выворачивает карманы с остатками хлеба и окурками, затем отвечает:

«Павлу плохо. Голоса замучили, он плачет зовет... У меня их много маленьких детей. — показывает окурки, — я их собираю и высушиваю... их много, они плачут... соседи-отравители... у нас квартира однокомнатная, а кухня коммунальная... бабушка в комнате похоронена, лежит в полу, я давала отчет сама. На столе точки разные, это от любви, отравила соседка. У меня детская болезнь шизофрении, не могу убираться... дети плачут, зовут из кустов».

Наиболее полно все эти симптомы встречаются при острых психотических состояниях в клинике шизофрении или синдромах шизофренического дефекта. Витиеватость и резонерство могут являться индивидуальными особенностями при некоторых формах акцентуаций личности и психопатических синдромах. Резонерство, носящее характер демагогии, нередко имеет место при эпилептическом слабоумии.

Символическое мышление характеризуется тем, что больные употребляют для выражения мыслей собственные, непонятные окружающим символы. Символическое мышление свойственно и нормальному мышлению тогда, когда оно отражает общепринятые идеи, взгляды, связано с той или иной реальностью (например, символика гербов, математических знаков, денежных единиц и т.д.). *Патологический символизм* отличается тем, что, например, хорошо известные слова, используются больным в необычном значении, из-за чего смысл сказанного становится понятным только ему самому. Больной может воспринимать символически и речь окружающих. Нередко больные могут употреблять новые, ни на что не похожие словообразования — неологизмы. При выраженных изменениях мышления речь больных может состоять из одних им понятных символов, в том числе и неологизмов.

Наглядным примером символического мышления могут быть рисунки, стихи и вообще любое творчество больных. Многие символы и неологизмы впоследствии могут приживаться и широко использо-

ваться в обществе. В качестве примеров символов можно назвать образ «синей птицы» Метерлинка — символ недостижимого, призрачного счастья; персонажей творчества таких писателей, как Дж.Р.Р.Толкиен, Л.Кэрролл, Дж.Джойс и др. Примерами витиеватости с элементами разорванности и неологизмами могут служить некоторые поэтические произведения:

«Как-то бабушка махнула
И тотчас же паровоз
Детям подал и сказал:
“Пейте кашу и сундук”»

«Крылышкуя золотиписьмом
Тончайших жил,
Кузнечик в кузов пуза уложил
Прибрежных много трав и вер.
“Пинь, пинь, пинь!” — тарарахнул зинзивер.
О, лебедиво!
О, озари!»

«Все настигнет естегга:
Есть и гуки, и снега...
А ты, тетя, не хиле,
Ты микука на хиле».
(стихотворение «Радость»)

Нарушения грамматического строя речи

Бессвязность (инкогеренция) — нарушение логики изложения и грамматического строя речи на фоне помраченного сознания (чаще по типу аменции). При этом речь представляет собой набор неоконченных фраз, отдельных слов и словосочетаний, перечисление предметов, попавших в поле непосредственного восприятия больного. Выраженная степень бессвязности называется инкогеренцией. Внешне бессвязность может напоминать разорванность. Последняя всегда наблюдается на фоне формально ясного сознания.

Речевые стереотипии — бессмысленное повторение одних и тех же слов, фраз, речевых оборотов.

Вариантами речевых стереотипий являются: *персеверации* — «застой мысли», при котором первый ответ, соответствующий заданному вопросу, или утверждение, адекватное ситуации, затем стереотипно повторяется больным в ответ на другие задаваемые ему вопросы. Больная, правильно ответив на вопрос о своем настоящем местонахождении, на все последующие вопросы отвечает: «32-е отделение больницы Алексеева»; *вербигерации* — бессмысленное повторение («нанизывание») отдельных слов или речевых оборотов: «пойду, пойду, пойду...», «надо, надо, надо...», «будет есть, будет есть, будет есть...» и т.д.

Речевые стереотипии, наряду с эхολалией, обычно наблюдаются при психомоторном возбуждении в рамках шизофрении, в частности кататоническом. Стереотипии могут наблюдаться в клинике органических заболеваний головного мозга. К ним относятся так называемые *стоячие обороты* — стереотипное и безостановочное повторение с неизменными интонациями через определенные интервалы времени одного и того же рассказа или нескольких фраз, носящее иногда название симптома «граммофонной пластинки», или «курантов».

Врач похвалил больную за то, что она лучше всех убирает палату, благодаря чему отделение займет первое место. Реакция больной: «А правда вы заняли первое место? А премию дадут? А какую дали премию? А какое место вы заняли? А правда вы заняли первое место? А премию дадут? Я помогла. А какую премию дадут? А какое место вы заняли?...» и т.д.

Появление стоячих оборотов — признак снижения интеллекта, опущения мышления. Стоячие обороты наблюдаются при эпилептическом слабоумии, атрофических заболеваниях мозга.

Расстройства формального мышления у детей и подростков

Расстройства мышления и речи у детей в целом соответствуют аналогичным расстройствам у взрослых, зависят от характера психического заболевания и основных синдромов. Отмечаются лишь возрастные особенности, связанные с периодами формирования психики, в том числе — преобладающим типом мышления: наглядно-действенное, наглядно-образное, абстрактно-логическое.

Изменение темпа мышления в виде *речевого возбуждения*, выражающегося спонтанной, ускоренной, избыточной речевой продукцией, наблюдается при повышенном аффекте, измененных состояниях сознания. Преобладание речевого возбуждения над психомоторным может отмечаться при кататонических расстройствах. В случае последних наблюдаются также *речевые стереотипии*, проявляющиеся однообразным повторением, выкрикиванием отдельных слов или фраз, речевых оборотов, иногда рифмованием. При этом больной не ждет ответа на поставленный вопрос, не интересуется содержанием высказываний, что делает его практически недоступным продуктивному контакту. *Замедление речи* в виде снижения спонтанности, лаконичности ответов и больших латентных периодов ответов, затухающей, монотонной речи может наблюдаться при глубоких астенических состояниях, переходящих в оглушение при тяжелой соматической патологии. Замедление ассоциативного процесса, вплоть до мутизма, может иметь место и при депрессивных состояниях как эндогенной, так и психогенной этиологии.

Обстоятельность и вязкость мышления характерны для эпилепсии и органической патологии головного мозга.

Наиболее выраженные расстройства ассоциативных процессов и речи, наблюдаемые при детских формах шизофрении и заболевани-

ях шизофренического спектра, включая различные формы детского аутизма, описаны в работах известных отечественных детских психиатров (Г.Е.Сухаревой, М.С.Вроно, В.Н.Мамцевой и др.). **Аутистическое мышление** выражается в чрезвычайной замкнутости, погруженности в мир собственных фантазий, отрыве от реальности. Больные, не интересующиеся реальной жизнью, мнением окружающих, скрытные и малоразговорчивые, могут с удовольствием излагать свои мысли, подчас противоречащие действительности и содержащие такие же бессмысленные выводы, на бумаге, исписывая толстые тетради. При тяжелых формах раннего детского аутизма и начале шизофренического процесса до 3-летнего возраста может наблюдаться **распад речи** (потеря речи). Ребенок становится молчаливым, спонтанно не говорит и не отвечает на вопросы. При потере речи утрачиваются слова, иногда исчезают экспрессивная жестикуляция и имитационное поведение. Через несколько лет у таких детей отмечается отставание в умственном развитии. У детей до 3 лет, больных шизофренией, при распаде речи вначале утрачиваются сложные фразы, затем слова, в дальнейшем сохраняются лишь смазанные контуры слов, слогов, а затем слова исчезают полностью. В более легких случаях имеет место **нарушение коммуникативной функции речи** (дети мало обращаются с вопросами, не отвечают на обращенные к ним вопросы). В то же время возможно достаточное развитие «**автономной речи**» (разговоры с самим собой), наблюдается так называемая **бормочущая речь** — нечеткое проговаривание слов, фраз.

Резонерство в виде пустого рассуждательства может иметь место в старшем детском и подростковом возрасте у детей с задержкой умственного развития как попытка гиперкомпенсации собственной несостоятельности. Более выраженные проявления резонерства, включающие **вычурность речи**, употребление в речи **неологизмов**, наблюдаются при шизофреническом процессе. Необходимо отметить, что употребление слов, по форме являющихся неологизмами, характерно и для здоровых детей, находящихся на стадии развития речи. Однако подобная речевая продукция отличается от патологических неологизмов по структуре и принципам создания. **Патологические неологизмы** характеризуются стойкостью, дети охвачены их созданием, часто придумывают известный лишь им язык для общения с животными, хоббитами, космическими пришельцами и т.п.

При шизофрении у детей младшего возраста может наблюдаться **искажение речевого развития**: примитивные формы речи (лепет, эхолалии) сочетаются со сложными выражениями и оборотами. Отмечается употребление в речи неологизмов, вычурных интонаций, например, голос часто приобретает «писклявый», фальцетный оттенок. Может иметь место изменение фонематического строя слов, их структуры: речь состоит из звукосочетаний, становится непонятной для окружающих. Появляется **неравномерность темпа и ритма речи**: то ускорение, то замедление с неравномерными остановками, без учета содержания высказываний.

Диагностическое значение формальных расстройств мышления

Оценка мыслительных способностей пациента и нарушений ассоциативной деятельности, ввиду их широкой представленности в структуре различных психопатологических образований, необходима для определения основных синдромов психических расстройств, как позитивных, так и негативных. Особенности выявленных ассоциативных нарушений дают возможность оценить актуальное психическое состояние, прогнозировать динамику и возможный исход психического расстройства. Формальные расстройства мышления могут присутствовать уже в преморбиде, в частности задолго до развертывания полной картины шизофрении. На основании динамики формальных расстройств мышления можно судить о динамике психического расстройства в целом, обострении состояния или становлении ремиссии. Оценка мыслительных процессов необходима для выявления умственной отсталости или нарастания явлений деменции, так как ассоциативные способности являются главными предпосылками интеллекта.

Выявление формальных расстройств мышления

Выявить формальные расстройства мышления можно, непосредственно наблюдая пациента, начиная со сбора жалоб и анамнестических сведений. Расстройства мышления по темпу, стройности, целенаправленности находят обычно отражение в речевой продукции пациента. Для изучения особенностей мыслительной деятельности в беседе следует использовать уточняющие вопросы, помогающие глубже раскрыть и понять логику пациента, способности к конкретно-образному и абстрактному мышлению, выявить необычные ассоциации, имеющие символическое значение, неологизмы и другие расстройства. Можно проверить способности к пониманию переносного смысла пословиц и метафорических выражений, улавливать юмор. Для оценки способности устанавливать связь между предметами и явлениями, находить закономерности, выделять главное и второстепенное можно дать простые задания на проведение сравнения понятий близких и далеких (например, в чем сходство и отличие скупости и бережливости, лжи и ошибки, огорода и океана). Для более глубокого исследования ассоциативных способностей человека существует большое число экспериментально-психологических методик, обычно используемых при патопсихологическом исследовании, проводимом, как правило, психологом.

Наиболее распространенные *методы патопсихологического экспериментального исследования мышления*:

Классификация. Методика классификации применяется для исследования уровня процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений.

Исключение. Данные, получаемые при исследовании методикой исключения, позволяют судить об уровне процессов обобщения и отвлечения, о способности испытуемого выделить существенные признаки предметов или явлений.

Выделение существенных признаков. Методика, как это явствует из названия, выявляет способность испытуемого дифференцировать существенные признаки предметов или явлений от несущественных, второстепенных. Кроме того, наличие ряда заданий, одинаковых по характеру выполнения, позволяет судить о последовательности рассуждений испытуемого.

Образование аналогий. Для выполнения этого задания обследуемому необходимо установить логические связи и отношения между понятиями. Кроме того, как и при исследовании предыдущей методикой, в опыте легко обнаруживаются нарушения последовательности суждений, когда обследуемый на время перестает следовать избранному им модусу решения задания.

Методика сравнения понятий. При этом происходит не только анализ свойств предмета или явления, но и устанавливаются определенные отношения между несколькими предметами, явлениями.

Понимание переносного смысла пословиц и метафор. Методика применяется для исследования особенностей уровня мышления, целенаправленности и критичности. Обследуемому называют несколько часто употребляемых метафор («золотая голова», «золотые руки», «каменное сердце», «заячья душа», «медный лоб») и пословиц («Яблоко от яблони недалеко падает», «Куй железо, пока горячо», «Слово не воробей — вылетит, не поймаешь») и просят объяснить их отвлеченный, переносный смысл. Буквальное истолкование пословицы или метафоры свидетельствует о недостаточности уровня обобщения.

Пиктограммы. Эта методика предложена Л.С.Выготским и разработана как один из методов опосредованного запоминания. Пиктограмма — образ, создаваемый обследуемым для опосредованного запоминания. С помощью методики пиктограмм изучают самостоятельную мыслительную продукцию больных.

8.2. Синдромы патологии мышления

8.2.1. Бред

Под *бредом (бредовыми идеями)* понимают ложные, ошибочные суждения и умозаключения, возникающие на патологической основе, не поддающиеся коррекции и глубоко овладевающие сознанием и поведением. Болезненная основа бреда — его обязательная и важнейшая характеристика, так как бред всегда является психическим расстройством. Понятия бред и нормальное психическое состояние несовместимы.

Бредовые идеи практически невозможно исправить, заставить больного отказаться от них. Нередкие упорные попытки начинающих врачей доказать больному неправильность бредовых суждений бесплодны. Более того, такие попытки только ухудшают контакт врача и больного, усиливают недоверие.

Людам свойственно ошибаться. Многие, если не все, в том числе и психически здоровые люди, регулярно ошибаются в суждениях, но при этом считают себя непогрешимыми и весьма стойко придерживаются собственных ошибок. Во многих случаях необходимо отличать бредовые идеи от ошибок суждений, заблуждений, суеверий, используя ряд дополнительных признаков бреда:

1. Бред часто отличается особо абсурдным, нелепым содержанием. Бредовые суждения больного настолько не соответствуют реальной действительности, что их явная ошибочность, болезненный характер очевидны каждому здоровому человеку и не вызывают сомнений. Так, больная утверждает, что она — мать миллиона детей, другая — убеждена, что ее миазмы, ядовитые испарения привели к гибели множество людей. В некоторых случаях, особенно в пожилом возрасте, бредовые идеи правдоподобны и порой трудно отличимы от бытовых неудач и конфликтов.

2. Бреду часто свойственна исключительная стойкость. Он может длиться годами и десятилетиями.

3. Бред почти всегда имеет прямое отношение к больному. Он, а не какой-то посторонний человек — властелин мира, именно его преследуют, его заразили смертельной болезнью.

4. Для бредовых суждений типична особая охваченность, эмоциональная насыщенность переживаний. Бред доминирует в сознании, в большей мере влияет на поведение больного, чем любая самая правильная мысль.

При всем многообразии душевной жизни количество типовых бредовых идей относительно ограничено.

Систематика бреда

Принято разграничивать варианты бреда, опираясь на разные принципы, в первую очередь на структурные особенности бреда и его содержание.

По структуре различают паранойяльный (интерпретативный, систематизированный), чувственный (образный), аффективный, галлюцинаторный, резидуальный бред.

Бредовые идеи формируются в одних случаях медленно, в других — остро, иногда — почти мгновенно.

При постепенном развитии бреда выделяют *бредовое настроение*. Больной тревожен, растерян, напряжен, чувствует нависшую над ним угрозу, не понимает, откуда она исходит и в чем состоит, ожидает несчастий. Вдруг наступает «озарение», все становится на свои места, делается понятным, почти молниеносно формируются бредовые мысли, объясняющие состояние больного. Напряжение временно спадает. Происходит «*кристаллизация бреда*» (И.М.Балинский).

Паранойяльный (интерпретативный) бред. Его называют также *первичным бредом*, поскольку он возникает одним из первых, является прямым выражением его патогенетических механизмов, определяющих, почти исчерпывающих картину психического расстройства.

При паранойяльном бреде страдает в первую очередь абстрактно-логическое мышление. Бред носит рассудочный, умственный характер. Постепенно формируется логически последовательная, все более подробная система бредовых идей. Выстраивается цепь бредовых суждений, умозаключений, вытекающих одно из другого. Разрабатываются все новые детали, доказательства правоты больного. Принимается, признается только то, что соответствует бредовым идеям. Все остальное отбрасывается, игнорируется. Паранойяльный бред сопровождается или субдепрессией, обычно неглубокой, или гипоманиакальной окраской настроения. Галлюцинации и другие расстройства восприятия отсутствуют или рудиментарны. Поведение почти полностью определяется содержанием систематизированного бреда. При нем мышление нарушено не так грубо, как при других формах бреда. В целом поведение относительно упорядоченное. Окружающие иногда не скоро понимают болезненный характер бредовых переживаний больного.

Со временем при паранойяльном бреде наступают коренные перемены в психическом складе личности.

Систематизированные бредовые идеи разнообразны. Это могут быть реформаторский, изобретательский, сутяжный, персекutorный (бред преследования) и другие паранойяльные бредовые сюжеты.

Т., 47 лет, уборщица. Всегда была активной, упрямой и требовала того же от других, «боролась за справедливость». Является старшей по подъезду — неустанно следит за тем, чтобы жильцы аккуратно вели себя в общественных местах. Около года назад сделала сыну одной из соседок по дому очередной выговор за курение, распитие спиртных напитков на лестничной клетке, накричала на него. Вскоре стала замечать, что соседка ведет себя с ней грубо, что и другие жильцы прекратили здороваться, пытаются причинить ей мелкие неприятности: закрывают перед ней двери лифта, перестали помогать нести тяжелые сумки, специально разбрасывают на лестнице окурки, пачкают почтовые ящики и т.п. Была убеждена, что соседка «подговорила других жильцов». Неоднократно пыталась призвать соседку к порядку. Все ее ответы считала насмешливыми, издевательскими. «Заметила», что ее собственный муж, который и прежде алкоголизировался, провоцировал семейные конфликты, стал делать это значительно чаще. «Поняла», что соседка специально подпаивает мужа, чтобы разрушить ее семейную жизнь. Действия соседки объясняла себе тем, что «некоторые люди получают удовольствие от причинения вреда окружающим». Избила соседку, была вызвана в суд. В ходе судебного заседания ощущала обиду, гнев на «несправедливые обвинения» со стороны мирового судьи. Кричала на потерпевшую, нецензурно бранилась, сопротивлялась попыткам охранников вывести ее из зала суда. Была госпитализирована в психиатрический стационар.

Чувственный (образный или параноидный) бред. В отличие от интерпретативного бреда, формирование параноидных переживаний происходит с нарушениями чувственного познания, на уровне образных

представлений, ярких фантазий, воображения, грез. Чувственные бредовые переживания отличаются яркостью, изменчивостью, пластичностью. Рассудочный, идеаторный компонент выражен слабо. Последовательность, логичность чувственных переживаний, доказательства отсутствуют. Чувственный бред не складывается в систему. Бред часто меняется под влиянием случайных событий. Все происходящее кажется больному специально подстроенным, подозрительным. Чувственный бред обычно сочетается с галлюцинациями, другими нарушениями восприятия. Поведение грубо расстроено. Непонятные, нелепые поступки больного привлекают внимание окружающих. Пациент растерян, испытывает страх, ужас в ожидании неминуемой беды, гибели. Чувственный бред более изменчив и менее стоек, чем интерпретативный.

Содержание чувственного бреда, как и бреда интерпретативного, многообразно. Различают чувственный бред преследования, злого могущества, воздействия, ревности, любовный и другие сюжеты чувственного бреда.

М., 23 года, по дороге на работу заметил, что стоящие на обочине автомобили имеют «странные» номера, водители перемигиваются фарами, светофоры, переключая свет, о чем-то сигнализируют. Несколько человек в вагоне метро перешептываются, по-особому смотрят. Смог разобрать отдельные слова. Называли его имя. «Понял», что окружен врагами. Срочно выбежав из вагона, увидел глубокую канаву на прокладываемой трассе. Окончательно убедился, что его ждет неминуемая гибель: столкнут в канаву и закопают. Испытывал тревогу, страх. Придя на работу, был возбужден, озлоблен, кричал что-то бессвязное, угрожал, оскорблял сотрудника, ударил его. На уговоры не поддавался. По вызову сослуживцев, несмотря на сопротивление, госпитализирован в психиатрический стационар бригадой «специализированной скорой помощи».

Аффективный бред. Этот вид бреда тесно связан с аффективными расстройствами. Различают депрессивный и экспансивный бред. Депрессивный бред возникает на высоте депрессивных расстройств. Его содержание — бредовые идеи виновности, греховности, самообвинения, самоуничтожения, осуждения. Больные считают себя виновными в гибели и болезни близких. Иногда, при особенно выраженной генерализации бреда, упрекают себя во всех смертных грехах, которые лишают их права на существование. При идеях осуждения пациенты убеждены, что окружающие обвиняют их в тяжких преступлениях. В таких случаях иногда бывают самооговоры. Идеи греховности могут быть настолько интенсивными, что больные считают себя недостойными жизни, совершают попытки самоубийства. В некоторых случаях под влиянием бреда виновности мать убивает собственных детей.

Депрессивный бред — надежный признак особой тяжести меланхолии. С ее прекращением бредовые депрессивные идеи редуцируются.

Экспансивный бред возникает при наличии маниакального аффекта. Типичны бредоподобные идеи собственной значимости, переоцен-

ки возможностей, талантливости, исключительности, превосходства. Бредоподобные идеи отличаются от бреда меньшими абсурдностью и стойкостью. При особой выраженности мании развивается истинный бред: идеи величия, богатства, гениальности, высокого происхождения, любовный, эротический. С обратным развитием мании бредовые идеи величия исчезают.

Галлюцинаторный бред. Обязан своим возникновением галлюцинациям и сюжетно соответствует содержанию обманов восприятия. Галлюцинаторный бред возникает на высоте мнимовосприятий, поведение почти полностью определяется содержанием галлюцинаций и прекращается с их редукцией.

О., 37 лет, вечером не спал, был тревожен, испытывал зрительные галлюцинации. Будучи охотником, внезапно схватил ружье, в кого-то прицелился и выстрелил, но промахнулся. Утром галлюцинации прекратились, поведение стало упорядоченным. Рассказал, что увидел из окна своей квартиры огромного рыжего кота «размером с тигра», который за кем-то следил. Понял, что кот охотится за женой и собирается ее убить. Выстрелил, чтобы спасти жену. Был убежден в реальности случившегося. Критика восстановилась через 3 дня.

В.Гризингер (1872) всю совокупность бредовых сюжетов предложил разделить на три группы: бред преследования, бред величия и бред самообвинения.

По Гризингеру, к **персекуторному бреду (бреду преследования)** относятся бред отношения, особого значения, порчи, воздействия, отравления, ущерба, ревности, сутяжный бред.

Бред преследования (может быть и чувственным, и интерпретативным) — самый частый и самый неспецифичный сюжет бреда. Особенно актуально такое понятие, как преследуемые преследователи. Поначалу больной прячется, перемещается по городу, скрывается от преследователей. Со временем он переходит от защиты к нападению, подчас нанося мнимым преследователям серьезный или тяжелый физический урон. **Бред отношения** (в основном чувственный) — также один из частых бредовых сюжетов. Больному кажется, что самые рядовые, обыденные события и поступки окружающих содержат негативный, враждебный смысл. Поведение пассажиров в транспорте кажется неслучайным, несущим угрозу. Человек читает газету — следит за ним, чему-то улыбнулась женщина — издевается над его одеждой и внешностью, тихо разговаривающие соседи упоминают его имя, обсуждают планы его ареста.

Бред особого значения (главным образом, чувственный) заключается в придании случайным или повседневным событиям особого, символического смысла, намеков, сговора, слежки.

С., 47 лет, вдруг поняла, что между ней и одной из дикторов телевидения установились особые отношения. Чувствовала, что многие телерепортажи показываются специально для нее, давая понять, что ее ожидают

драматические события, как-то связанные с сыном. Временами испытывала острое ощущение, что ведущая передачи видит ее через экран телевизора.

При *бредe воздействия* больной чувствует влияние на себя тем или иным способом: гипнозом, магнетизмом, колдовскими чарами, радиацией, силой земного притяжения, которые влияют на его психическое или физическое состояние, управляют мыслями, чувствами, действиями.

При *бредe ревности* (возможен как интерпретативный, так и чувственный бред) больные необоснованно убеждены в неверности партнера по браку.

Н., 80 лет. Ежедневно устраивает сцены ревности столь же престарелой супруге, утверждая, что на улице встречные прохожие перемигиваются с ней, подают знаки, договариваются о свидании.

Сутяжный (кверулянтный) бред (обычно интерпретативный) заключается в систематической борьбе за восстановление якобы ущемленных прав и свобод личности. Сутяжный бред сопровождается поисками «врагов», бесконечными апелляциями, жалобами и тяжбами с судебными и административными инстанциями и органами, устройством досье, картотек на «обидчиков», попытками привлечь на свою сторону соседей и общественность.

Бред величия включает бред богатства, высокого происхождения, изобретательский, реформаторский, любовный.

Бред высокого происхождения (второе название — бред чужих родителей) чаще возникает в детском и подростковом возрасте. Больной считает свои автобиографические данные ложными. Его отец — не Петр Иванов, а другой, выдающийся человек, знаменитый артист, адмирал или член правительства. Действительных родителей признавать отказывается.

Больной *реформаторским бредом* (преимущественно систематизированным) добивается признания разработанной им глобальной политической, экономической, исторической, социальной «теории», претендующей на переустройство общества, революционные изменения, которые должны благодетельствовать все человечество.

При *любовном (эротическом) бреде* (в одних случаях чувственном, в других — интерпретативном) больные убеждены, что к ним испытывает любовное влечение высокопоставленное или популярное лицо (политический деятель, артист, выдающийся спортсмен) или, что бывает реже, множество людей одновременно. Любые случайные сведения об объекте страсти рассматриваются как подтверждение эротического влечения. Часто обнаруживаются «враги», мешающие установлению близких отношений.

К третьему варианту бредовых фабул относится *бред самоуничижения*, который включает уже упоминавшиеся идеи самообвинения, ви-

новности, греховности, а также ипохондрический, нигилистический бред.

Ипохондрический бред (возможен и чувственный, и систематизированный) выражается в непоколебимой уверенности в наличии мнимой болезни, чаще особо тяжелой, смертельной или дискредитирующей (рак, СПИД, сифилис и т.д.). Больные домогаются бесконечных обследований, консультаций специалистов, мысленно представляют страшные сцены мучений, медленной гибели.

При **бредe отрицания (нигилистическом)** — в основном чувственном — больные считают, что у них отсутствуют внутренние органы (сгнили, пропали) или жизненно важные функции. Пища проваливается непосредственно в брюшную полость, кишечник не функционирует, полгода не было стула. При более генерализованном нигилистическом бреде больные отрицают существование самого себя или всего человечества, земного шара, всего сущего, материального мира.

Заслуживает выделения еще ряд бредовых фабул.

Бред физического недостатка (дисморфоманический) близок к ипохондрическому бреду. Пациент убежден в наличии мнимого и грубого, обезображивающего косметического дефекта: избыточного веса (бред чрезмерной полноты), длинного носа, торчащих ушей, кривых ног. Больные часами рассматривают недостатки своей внешности в зеркале (симптом зеркала), без конца сравнивают свои старые и новые фотографии (симптом фотографии). Замечают, что окружающие с брезгливостью или издевкой разглядывают косметический дефект (идеи отношения). Аффект обычно депрессивный. Такие больные концентрируются в клиниках пластической хирургии, добиваясь устранения косметических недостатков.

Бред инсценировки. Больному кажется, что люди, окружающая обстановка странным образом изменились, все выглядит искусственным, нарочитым, как будто разыгрывается театральное действие. Знакомые лица представляются незнакомыми (**бред отрицательного двойника**), и наоборот, незнакомые люди узнаются как знакомые или родственники (**бред положительного двойника**).

Бред одержимости. В основном чувственный, архаичный бред, при котором больной считает, что в него вселился бес, какой-то зверь, другое живое существо.

Индукцированный бред. Бред различного содержания, возникающий по механизму внушения. Пациент заимствует, усваивает бредовые идеи у психически больного, занимающего доминирующую роль в ближайшем окружении и пользующегося непререкаемым авторитетом. Индуцированный бред отличается нестойкостью.

Резидуальный бред. Бред, сохраняющийся непродолжительное время после перенесенного психоза. Частичное понимание перенесенного приступа психического расстройства есть, но критика восстановилась неполностью. Больной уверен, что в его бредовом сознании совершенно неправдоподобные события действительно имели место.

С., 37 лет, не отрицала, что перенесла психическую болезнь, но при этом настаивала, что только чудом спаслась от преследования банды вымогателей, которые якобы хотели отобрать все ее имущество, заставить отказаться от квартиры. Через 2 нед. бредовые высказывания прекратились.

8.2.2. Галлюцинаторно-бредовые синдромы

Галлюциноз

Клиническая картина определяется мнимовосприятиями. Бывают как истинные, так и псевдогаллюцинации (псевдогаллюциноз). Чаще всего встречается вербальный галлюциноз, реже зрительный. При обильных зрительных галлюцинациях и ложной ориентировке сознание помрачено в виде делирия. Помимо оптического и вербального галлюцинозов возможны тактильный и обонятельный. Галлюцинозы делят на острые и хронические. Острый длится недели и месяцы, сопровождается тревогой, страхом, изменчивостью аффекта, возможностью грубых расстройств поведения и агрессии. Хронический галлюциноз длится годами. Клиническая картина малодинамична, однообразна. Аффект чаще субдепрессивный. В периоды ослабления галлюцинаторных расстройств иногда появляются элементы критики к ним, больные на время допускают болезненный характер мнимовосприятий.

Паранойяльный синдром

Доминирующее положение занимает систематизированный, интерпретативный бред: преследования, изобретательства, ревности, ущерба, реформаторства, сутяжничества, ипохондрический. Паранойяльный синдром в основном исчерпывает клиническую картину, носит моносимптоматический характер. Обманы восприятия отсутствуют. Сознание не помрачено. Настроение субмеланхолическое, а иногда гипертимное. Симптоматика малоподвижная. Поведение относительно упорядоченное. Паранойяльный синдром, как и галлюциноз, разделяют на острый и хронический. Последний продолжается годами и десятилетиями.

Параноидный синдром

Синдром представляет собой сочетание расстройств перцепции (иллюзий, галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, иногда психосенсорных нарушений) и чувственного бреда одного или нескольких сюжетов (отношения, преследования, воздействия, ипохондрического, одержимости и др.). Сознание чаще формально ясное. При параноидном синдроме значительный удельный вес составляют аффективные расстройства, чаще депрессия, реже мания. В зависимости от аффективных нарушений, диагностируют депрессивно-параноидный или маниакально-параноидный синдром. Чувственный бред во многих случаях сосуществует с интерпретативным бредом, которые соотносятся в разных пропорциях. Длительность параноидного синдрома варьирует от нескольких дней до нескольких лет.

Галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром психического автоматизма, или синдром Кандинского–Клерамбо)

Его составляющие: систематизированный бред преследования, псевдогаллюцинации, чувственный бред воздействия и психические автоматизмы.

К *психическим автоматизмам* относят различные психопатологические явления, сопровождающиеся чувством вызванности, внутренней несвободы, возникающие непроизвольно или насильственно, в результате посторонних «влияний»: гипноза, радиоволн, земного магнетизма, черной магии и т.п.

Различают ассоциативные, аффективные, сенестопатические и двигательные автоматизмы.

Ассоциативные автоматизмы

Симптом открытости. Заключается в тягостном чувстве, что все мысли, сокровенные желания, побуждения известны окружающим. Больной чувствует себя «психически обнаженным».

Ментизм — непроизвольные наплывы мыслей, их чрезмерное обилие. Мысли путаются, наползают друг на друга, возникает ощущение хаоса в голове.

Обрывы мыслей — переживание внезапных остановок мышления, нередко сопровождающееся мучительным чувством пустоты в голове. Возможны внезапные остановки речи на полуслове.

Эйдетизм. Непроизвольное возникновение множества ярких, порой цветных, фотографически четких представлений.

Транзитивизм. Заключается в распространении психических автоматизмов, галлюцинаторных, бредовых и других проявлений синдрома Кандинского–Клерамбо на окружающих. Больной чувствует, что знакомые или случайные лица испытывают те же тягостные переживания (путаница мыслей, обрывы мыслей, ощущение постороннего влияния и т.д.), что и сам больной.

К ассоциативным автоматизмам относятся также параллельные мысли, псевдогаллюцинации, эхо мыслей.

Чувственные автоматизмы

К ним относятся различные эмоции (радость, гнев, тревога, печаль), которым сопутствуют сделанность, вызванность, насильственность и сопровождающиеся теми же переживаниями сенестопатии. «Враги» больного, прибегая к различным недостойным и необычным способам, вызывают у него крайне тягостные телесные ощущения: жжение, зуд, половое возбуждение, постоянные позывы на физиологические отправления, не зависящие от собственной воли и желания.

Кинестетические и речедвигательные автоматизмы

Собственные поступки и движения воспринимаются как не принадлежащие себе, отчужденные, вызванные особыми посторонними силами.

Сходным образом переживаются мысленная речь, отдельные слова и фразы, другая речевая продукция. Синдром Кандинского—Клерамбо относится к большим, сложным (по структуре) галлюцинаторно-параноидным синдромам.

Д., 43 года, малодоступная во время соматического обследования, неожиданно начинает рассказывать, как защититься от действующих на всех людей биотоков. Утверждает, что существуют две группы людей: положительные, которые несут спасение человечеству, и отрицательные — «мировые террористы». Последние постоянно испускают на окружающих «негативные биотоки». Сама ощущает эти биотоки в виде жжения и зуда на коже. Убедена, что биотоки «иссушают ее организм, разрушают клетки мозга». Считает, что пигментные пятна на ее спине — следы от такого воздействия. Для защиты от биотоков необходимо постоянно носить синтетическую одежду, а находясь дома, заворачиваться в клеенку.

О., 28 лет, стал взбудораженным, агрессивным к матери, обвинял ее в том, что она «энергетический вампир». Заявлял, что приятельницы матери влияют на него «негативной энергией». Кроме того, появились мысли, что бывшая подруга его «приворожила», наняла «преступную группу женщин-экстрасенсов», которые следят за ним. Появилось ощущение, что ему «перышком водят по поверхности мозга», стали возникать «насильственные» мысли об этой девушке. Периодически чувствовал «наркотический приход», полагал, что подруга принимает наркотики и передает ему с помощью телепатической связи свои ощущения. В последующем стал слышать женские «голоса» комментирующего и императивного характера (приказывали выброситься из окна). Кроме того, «преследователи» заставляли его «выговариваться», т.е. громко нецензурно выражаться в адрес подруги. Не мог противостоять голосам, громко кричал, чем беспокоил соседей.

Парафренный синдром

Этот синдром в обязательном порядке включает сочетание бреда преследования и фантастического бреда величия. Кроме того, обычными составляющими парафрении являются бред воздействия, вербальные псевдогаллюцинации, психические автоматизмы, гипомания. Парафренный синдром, как и синдром Кандинского—Клерамбо, относится к сложным, большим галлюцинаторно-параноидным синдромам.

Р., 50 лет, убеждена, что контролирует вооруженные силы России. В ее комнате стоят ракеты, нацеленные на Америку. По радио она получает зашифрованные сообщения о состоянии дел, а по телефону командует всеми Вооруженными силами. О ее должности «существует специальная запись в Министерстве обороны». Она постоянно находится в непосредственном контакте с руководителями государства, которые представляют собой «одного и того же человека с белым бессмертным мозгом». Прези-

денты советуются с больной по всем вопросам. Уверена, что в сберкассе ей должны выплатить 30 000 руб. за участие в обороне России. Опасается, как бы сберкасса «не присвоила эти деньги».

К., 42 года, сообщил, что в возрасте 33 лет на него «снизошло озарение — услышал Глас Божий», который ему сказал, что он является перерождением Иисуса Христа, и он «вспомнил», что «находился вместе с богом войны Аресом на трехсотлетней межгалактической войне против дьявола». Настроение приподнятое, многословен, окружающих называет «землянами». Намерен после выписки из больницы открыть в Москве «офис Иеговы и раздавать блага земные». Утверждает, что если мэрия не предоставит такой возможности, то он совершит здесь землетрясение, как это сделал в Армении и Таиланде.

К бредовым синдромам относится также синдром Котара, или депрессивная парафрения (см. главу 18), дисморфомания (см. главу 28), бредовая ипохондрия (см. раздел II).

Динамика хронического бреда

При хронических бредовых психозах установлены этапы хронического бреда, особенно типичного для параноидной шизофрении (В.Маньян, А.В.Снежневский).

Первый этап — *паранойяльный* (паранойяльный синдром). Проявляется первичным (систематизированным) бредом, чаще идеями преследования.

Второй этап — *параноидный* (параноидный синдром), или синдром психического автоматизма. К систематизированному бреду преследования присоединяются вербальные галлюцинации (чаще псевдогаллюцинации), чувственный бред воздействия, психические автоматизмы. В итоге формируется синдром Кандинского—Клерамбо.

Третий этап — *парафренный* (парафренный синдром). Заключается в добавлении к составляющим синдрома психического автоматизма фантастического бреда величия, иногда с конфабуляциями.

Заключительный этап — *распад бредовых идей* и выявление грубого эмоционально-волевого дефекта.

Такая последовательность развития бреда — не строгая закономерность, а относительно типичная тенденция, которую удастся проследить при длительном наблюдении значительного контингента больных хроническими бредовыми психозами, особенно больных параноидной шизофренией.

Выявление бреда

Больные часто скрывают, диссимулируют бред в связи с отсутствием критики и другими качествами бреда. Распознаванию бредовых идей часто препятствует недоступность больных. Диагностика бреда основывается на высказываниях больного, его расспросе, наблюдении за поведением и так называемых объективных данных — сведениях о

больном от родственников, сослуживцев, друзей. Последнее особенно существенно.

В тех случаях, когда больные бредом напрямую допускают нелепые высказывания, делают абсурдные заявления, распознавание бреда часто не вызывает особых затруднений, хотя и в этих случаях необходимо исключить симуляцию, ошибки суждений, заблуждения, суеверия, удостовериться в наличии основных свойств бреда (непоколебимая стойкость убеждений, эмоциональная заряженность и др.). Выражение сомнения, скепсиса, попытки переубедить больного, опровергнуть его болезненные суждения обычно приводят к нарушению контакта и сокрытию бредовых идей. Важно установить доверительные отношения с больным, критически оценивая высказывания больного, ненавязчиво задавая наводящие вопросы, но избегая излишней прямолинейности.

О наличии бреда косвенно или прямо часто свидетельствуют различные расстройства поведения. Так, при бреде ревности больные незаметно следят за партнером по браку, подслушивают телефонные разговоры, роются в вещах, осматривают белье, устраивают повторные «допросы». При бреде преследования пациенты без конца перемещаются по городу, скрываясь от врагов, плотно зашторивают окна, не отвечают на звонки. При бреде ущерба, обворовывания ставят на входную дверь множество замков, хитроумные запорные устройства. При бреде величия ходят с высоко поднятой головой, скрещенными на груди руками, говорят с презрительными интонациями, носят самодельный «генеральский» мундир.

Сходные расстройства поведения могут скрывать разные по содержанию бредовые расстройства. В частности, отказы от еды могут быть следствием бреда отравления, самообвинения, дисморфомании, нигилистического, ипохондрического бреда. Распознавание бреда удастся с разной степенью достоверности и конкретности бредовой фабулы. У части больных при отсутствии прямых бредовых высказываний удастся лишь предположить его наличие. Подобным образом с трудом поддаются выявлению психические автоматизмы в связи с частым отсутствием «объективных» признаков.

Диагностическое значение бреда

Бред — абсолютный психотический симптом, не совместимый с душевным здоровьем. В целом, бред малоспецифичен, встречается при самых разных диагностических категориях, хотя некоторые варианты, сюжеты бреда приближаются к специфическим (патогномоничным). Бред самообвинения, виновности, осуждения, греховности, бред нигилистический, ипохондрический, мучительного бессмертия, злого могущества — достоверный показатель тяжелой депрессии. Бредовые идеи высокого происхождения, гениальности, богатства, эротический, фантастический бред величия — признак маниакального аффекта. Предпочтительно возникают при шизофрении бред реформаторский, особого значения, чужих родителей, одержимости, психического воз-

действия, инсценировки, антагонистический. Бред ущерба, обыденных отношений характерен для психозов позднего возраста.

Психические автоматизмы, особенно симптом открытости, эхо мыслей, параллельные мысли, обрывы мыслей, другие ассоциативные автоматизмы встречаются главным образом при шизофрении.

Паранойяльный, параноидный синдромы развиваются при самых разных психозах. Паранойяльный симптомокомплекс бывает при паранойяльном расстройстве личности.

Синдром Кандинского—Клерамбо преимущественно возникает у больных параноидной шизофренией, хотя в стертом виде возможен и при других психотических расстройствах, не исключая алкогольные и наркоманические психозы.

Парафренный синдром чаще бывает при параноидной шизофрении, реже — при функциональных психозах позднего возраста.

Синдром Котара предпочтительно развивается у больных шизофренией с поздним началом (после 50—60 лет), инволюционной депрессией и церебрально-сосудистыми психозами.

8.2.3. Сверхценные идеи

К ним относят патологические суждения, возникающие на частично реальной основе, значение которой гиперболизируется, занимает в психической деятельности неподобающе важное место. От бреда сверхценные идеи отличают, кроме наличия частично обоснованного повода, отсутствие явной нелепости, абсурдности содержания сверхценных идей, меньшая, по сравнению с бредом, стойкость и охваченность переживаниями, менее глубокие расстройства поведения, возможность частичного переубеждения.

При сверхценных образованиях часто малосущественное событие постепенно становится чрезмерно значимым, неоправданно доминирующим, все в большей мере подчиняющим поступки больных. Так, девочка-подросток после замечания родственника о ее склонности к полноте и риска превратиться в толстушку начинает все больше ограничивать себя в приеме пищи, постепенно доводя себя до истощения. Со временем сверхценные идеи могут перерасти в бред (сверхценные механизмы бреда). Содержание сверхценных идей может быть различным. Встречаются сверхценные идеи ипохондрические, дисморфоманические, изобретательские, сутяжные, супружеской неверности и другие.

Мужчина, 35 лет, больше года назад увидел на улице жену с ее бывшим возлюбленным. Несмотря на заверения жены, что эта встреча была случайной, отношение к тому мужчине отрицательное и общалась она с ним формально, постепенно начали нарастать мысли о том, что супруга может втайне от него продолжать встречаться «со своим бывшим». Возвращался мыслями к этой сцене. Нарушился сон. Иногда в вечернее время при беседах с женой эти переживания обостряются, считает, что жена «предала их любовь».

Н., 45 лет, «изобрел расческу-линейку» (расческу с наклеенной бумажной полоской с сантиметровыми делениями). Считает, что при поездках на работу использование такой расчески позволяет выкроить дополнительное время для изобретательства. Несколько лет пытался внедрить свое предложение в производство в различные организации для ускорения технического прогресса.

К., 40 лет, страдает туберкулезом легких. Не верит в выздоровление, так как во время рентгенологического обследования расслышала сомнения врача в целесообразности сложной хирургической манипуляции, которую перенесла ранее. Собирается написать жалобу в Минздрав на грубую врачебную ошибку и халатность.

Сверхценные идеи часто не распознаются, поскольку на окружающих больные с такими психическими отклонениями не производят впечатления душевнобольных.

Помимо сверхценных идей выделяют сверхценные интересы и увлечения. Эти увлечения, по сравнению с нормальными, нередко бывают необычными, странными, занимают неоправданно большое место в жизни, малопродуктивны, весьма устойчивы. Характер увлечений не соответствует предыстории жизни таких лиц, что часто приводит к нарушению социальной адаптации. К сверхценным увлечениям чаще относятся коллекционирование, некоторые виды творчества, неумеренная борьба за здоровый образ жизни и т.д.

К., 27 лет. С первых классов школы стал испытывать «необъяснимую тягу к сочинительству». Большую часть свободного времени посвящает написанию стихов, фантастических рассказов. Решил показать написанное матери, но та вместо анализа сюжета стала исправлять орфографические ошибки. В обиде на мать забрал свои работы, решив их больше никому никогда не демонстрировать. После окончания школы изредка подрабатывает грузчиком, считая основным делом жизни литературное творчество. Постоянно конфликтует с матерью, которая недовольна отсутствием пользы от его писательской деятельности. С годами становится все более вспыльчивым, не терпит никакого шума в квартире, «заставляет всех родных ходить на цыпочках», когда занят сочинением рассказов.

В отличие от бреда, сверхценные идеи являются признаком субпсихотического уровня психических расстройств. Они возникают при расстройствах личности (психопатиях), органических заболеваниях головного мозга, неврозах, шизофрении.

8.2.4. Навязчивости

К навязчивостям относят различные психические явления, которым присущи:

- произвольное возникновение;
- повторяемость;

- отношение больного к навязчивостям, по крайней мере, как формально критическое понимание их болезненного характера с попытками преодоления и сопротивления.

Навязчивости встречаются иногда у здоровых. Такие навязчивости парциальны, не вызывают выраженного эмоционально-вегетативного напряжения, относительно легко подавляются простыми защитными действиями, практически не нарушают социальную адаптацию и во многом воспринимаются больными как ненужные привычки.

Женщина, 45 лет, спокойно выходит из дома, если застегнет пуговицы плаща в определенной последовательности. В противном случае ей трудно преодолевать страх поездок в транспорте.

Навязчивости принято делить на образные, или чувственные, и отвлеченные (обсессии, обсессивно-компульсивные расстройства). Из чувственных навязчивостей особенно разнообразны и многочисленны навязчивые страхи (фобии).

Агорафобия — навязчивые страхи, которые не обеспечивают немедленного и безопасного выхода в критических ситуациях. Это, в первую очередь, транспортные фобии, особенно поездки в метро, страх открытых пространств, магазинов, толпы, широких улиц и др. В условиях больших городов страх с полным отказом от поездок на транспорте фактически инвалидизирует больных.

Социальные фобии. К ним относят навязчивые страхи, которые возникают в ситуациях, дискредитирующих личность в представлениях тех или иных социальных групп и коллективов (школьный, производственный, общественный). В социофобии включают страхи публичного выступления, неудачных устных ответов в классе, страх покраснения, недержания кишечных газов, страхи, возникающие при шаткой походке, обмороках («могут принять за пьяного»).

Специфические (изолированные) фобии. Самые разнообразные навязчивые страхи, единичные или множественные: фобии темноты, одиночества, высоты, лифтов, закрытых пространств (клаустрофобия), ветра, животных, приема пищи, сумасшествия (диспсихофобия), похоронных процессий и т.д. Степень выраженности специфических фобий бывает различной: от полного избегания пугающих ситуаций до частичного преодоления их с помощью родственников, ношения множества лекарств, постоянных поездок на такси.

Ипохондрические фобии. К ним относят страх заболеть, преимущественно тяжелыми, опасными или «неприличными» болезнями. Из ипохондрических фобий наиболее актуальны кардиоинфарктофобия, инсультофобия, канцерофобия, спидофобия, танатофобия (страх смерти). Заслуживают упоминания сифилофобия, туберкулофобия, страх подавиться, страх загрязнения и заражения, страх острых предметов. Выделяют панфобию — страхи множества ситуаций, фобофобию — страх возобновления страхов после их исчезновения. Многим больным помогает уменьшить интенсивность фобий максимально возможное

уклонение от пугающих ситуаций (так называемая прямая защита). Другие больные прибегают к ритуалам — навязчивым защитным действиям символического характера. Больной со страхом перехода широких улиц начинает переход только после того, как, на глазах изумленных прохожих, 10 раз подпрыгнет на левой ноге. Другой больной заставляет соседа громко прочитывать ежедневно несколько десятков определенных буквосочетаний, подчеркнутых пациентом в газете, после чего в состоянии преодолеть страх выхода из дома.

Навязчивые сомнения. Больные постоянно сомневаются в выполнении и завершении того или иного действия. Для преодоления сомнений больные по многу раз проверяют, выключен ли газ, электроприборы, закрыта ли квартира. Дергают ручку входной двери, стараясь запомнить эти действия на уровне тактильных ощущений. В абортивном виде такие поступки нередко свойственны практически здоровым людям.

Навязчивые представления. Непроизвольно возникающие, вопреки рассудку, яркие представления, касающиеся эмоционально значимых событий.

Жена после внезапной смерти и похорон мужа ходит по соседям и спрашивает, действительно ли он умер, говоря, что разумом она понимает нелепость своих вопросов, но в гробу он выглядел моложе и привлекательнее, чем при жизни. Ночами в деталях и подолгу представляет, как живого мужа хоронят.

Избегание пугающих ситуаций при навязчивостях часто и существенно нарушает социальную адаптацию, а иногда приводит и к фактической, документально оформленной инвалидизации. Так, в части случаев больные из-за страха выхода из дома годами не бывают за пределами квартиры, обрекают себя на затворнический образ жизни.

Вопреки традиционным представлениям, навязчивости далеко не всегда сопровождаются пониманием их необоснованности, болезненности и попытками их преодоления. Нередко больные воспринимают навязчивости как неизбежное зло, свыкаются с ними, не пытаются сопротивляться. Такие навязчивости фактически являются сверхценными образованиями.

Возникновению образных навязчивостей способствуют тревожно-мнительные и ананкастические черты личности, вегетативные расстройства, особенно пароксизмальные, хронические соматические заболевания, в первую очередь гормональные сдвиги, пугающие ситуации, астенизация, регулярный дефицит сна.

Обсессивно-компульсивные расстройства — отвлеченные и двигательные навязчивости с элементами насильственности, компульсивности.

Навязчивое мудрствование — произвольное, тяготящее самого больного рассуждательство на отвлеченные, бессмысленные темы. Он без конца мучает себя вопросами: что будет, если у людей будет не одна голова, а две, земной шар приобретет форму куба, люди будут летать, как птицы, махая руками, или выпьют всю воду.

Навязчивый счет. Больной затрачивает массу времени на выполнение ненужных и нелепых счетных операций. При поездке в автобусе больной считает количество пассажиров, проезжающих автомобилей, пытается запомнить номера домов, количество этажей. Переключить внимание на что-то другое не может.

К обсессивно-компульсивным расстройствам относят страхи загрязнения и заражения, которые часто сопровождаются бесконечным, неудержимым мытьем рук, что иногда доводит кожу рук до мацерации, воспалительных изменений, принуждение к мытью рук всех членов семьи.

Трихотилломания — навязчивое, с оттенком насильственности, выдергивание бровей, ресниц, волос.

Онихофагия — постоянное обкусывание ногтей.

Артифициальный дерматоз — навязчивое или насильственное постоянное расчесывание кожи до крови, сдирание струпов, а иногда и поедание их.

Контрастные навязчивые мысли, влечения, хульные мысли. Навязчивые мысли, побуждения, действия, несовместимые с морально-этическими установками личности, страх совершить социально неприемлемые, дискредитирующие действия. Больной испытывает побуждение публично оскорбить верующих, избить горячо любимого сына, броситься под поезд метро. Контрастные навязчивости, как правило, не реализуются.

Двигательные навязчивости. Помимо уже упомянутых обсессивно-компульсивных расстройств к двигательным навязчивостям, ритуалам принято относить различные укоренившиеся привычные действия (вытягивание шеи, кручение головой, потирание носа, подбородка, шмыганье, раскачивание ноги, оскаливание зубов). Сюда же принято включать разнообразные тики, тикоподобные гиперкинезы. К навязчивостям причисляют и некоторые случаи мастурбации (Г.К.Ушаков), использование «слов-паразитов», стереотипных нецензурных выражений. Перечисленные привычные движения и действия могут быть квалифицированы как условно-патологические. Они выполняются механически, без попыток их прекращения, не тяготят больных (так называемые автоматические привычные действия).

Выявление навязчивостей во многом основано на расспросе. В отличие от бреда и галлюцинаций, больные не скрывают навязчивости. Они активно излагают характерные жалобы, подчеркивают их болезненную природу, повторяемость, произвольность и неэффективность попыток преодоления навязчивостей. В части случаев удается объективизировать навязчивые расстройства за счет сведений от родственников, сотрудников, что помогает отличить навязчивости от особенностей поведения. Так, больные со страхом острых предметов прячут ножи и вилки, избегают пользоваться стеклянной посудой. При суицидофобии, страхе высоты всегда держат окна закрытыми, не выходят на балкон. Иногда удается непосредственно наблюдать выполнение больными ритуалов и других двигательных навязчивых расстройств.

Диагностическое значение навязчивостей

Навязчивости, в отличие от бреда и галлюцинаций, относятся к непсихотическим (неврозоподобным) расстройствам. Они возникают при самых разных диагностических категориях: при неврозах, неврозоподобной шизофрении, расстройствах личности, психических органических расстройствах, соматических заболеваниях, циклотимии, наркоманиях.

При неврозах предпочтительно возникают большинство фобий, контрастные навязчивости, фобофобии, из obsessions — навязчивый счет, сомнения, простые ритуалы, тикоподобные гиперкинезы. У больных неврозоподобной шизофренией возможно развитие практически любых навязчивостей. Бесплодное мудрствование, страх загрязнения, спидофобия, страх острых предметов, сложные ритуалы встречаются в основном при шизофрении.

8.3. Особенности расстройств рационального познания у детей и подростков

Особенности бреда. Бред выявляется с 6—9 лет и носит абортивный, отрывочный, незавершенный характер. Возникновению бреда в более раннем возрасте препятствуют общая психическая незрелость, слабость суждений, несовершенство абстрактно-логического познания. Более раннему возникновению рудиментов бреда способствует ускорение, опережающее развитие мыслительных способностей и психической деятельности в целом (акселерация развития). Предшественники бреда у дошкольников и младших школьников выражаются в необъяснимо недоброжелательном и даже враждебном отношении к близким, особенно к матери, к пище, в избегании брать еду от некоторых родственников, в патологическом фантазировании, перевоплощении в животных, неодушевленных предметов — в зайчика, собачку, машинку — с замедленным возвращением к действительности.

К., 7 лет. После поездки с дедушкой на море стал утверждать, что он не мальчик, а «карасик». Просит называть себя только карасиком. Раздражается, если родители называют его по имени. Иногда целыми днями не говорит, а отвечает на вопросы «буль-буль». Лежа на кровати, своеобразно размахивает ногами, как хвостом. Готов проводить по многу времени в ванной, плещется в воде, отказывается выходить. Свою маму называет «мидией», бабушку — «креветкой». Отказывается от еды, «потому что карасики такое не едят». Ест только хлеб и кашу.

В., 9 лет. 2 года назад стал замечать, что за ним ведется постоянная слежка на улице. Рассказывал соседям по дому, что ночью в квартиру «приходят убийцы и вкалывают наркотики». «Убийцы» приходят и в школу, где «подсыпают наркотики в сок». С тревогой говорил о том, что он и мать стали жертвой банды, которая хочет отнять квартиру. Считает главарем банды свою бабушку, называет ее «злая тетя Катя». Рассказывает, как она приносила «отравленные пирожки».

К рудиментам бреда в младшей возрастной группе относят патологические страхи темноты, одиночества, смерти при условии их повторяемости, стереотипности, эмоциональной охваченности, трудности успокоить, отвлечь ребенка.

П., 6 лет, перед сном всегда требует, чтобы в его присутствии открывали шкафы, заглядывали под кровать, так как из шкафа может выйти «не-хороший дядя».

В дошкольном, а чаще в младшем школьном возрасте рудименты бреда проявляются в жестоком, с садистической окраской обращении с животными, в уничтожении игрушек, предметов обихода, в необычных, стереотипных играх, поглощающих все внимание ребенка.

Рудименты бреда в младшем школьном возрасте, по сравнению с дошкольным, отличаются меньшей абортивностью, отрывочностью, наивностью содержания. Возможны фрагментарные идеи преследования, отравления, отношения. Остается типичным враждебное отношение к матери, которое со временем перерастает в бред чужих родителей. Больные ищут доказательства, рассматривая документы, фотографии родителей и собственные.

По-прежнему встречаются страхи темноты, одиночества. В этом возрасте возможны страхи за свое здоровье, со временем превращающиеся в рудиментарный ипохондрический бред.

Интерпретативный бред встречается редко и носит стертый, отрывочный характер. У младших школьников, по сравнению с препубертатным возрастом, большую роль играют патологические бредоподобные фантазии и рудиментарный бред воображения с быстро сменяющимися картинками чувственного бреда. Клинически оформленные параноидный, парафренный, галлюцинаторно-параноидный синдромы в младшем школьном возрасте почти не бывают.

В препубертатном и пубертатном периодах бред по клиническим проявлениям и содержанию приближается к бреду у взрослых.

Н., 14 лет. Без видимой причины, в течение нескольких месяцев стала более замкнутой, стеснительной, робкой. Снизилась успеваемость, отказывалась от посещения школы — «не хочу никого видеть». Говорила, что люди на улице, одноклассники «смотрят плохо, перешептываются, посмеиваются надо мной». Часто в речи окружающих слышала слова «ракета», «тварь», «дура». Эти ругательства слышатся и «внутри головы», когда находится дома. Боялась подходить к окну, заставляла мать постоянно зашторивать окна: «они меня видят, говорят обо мне». Отказывалась выходить на улицу, так как боялась, что ей «навредят», «будут издеваться». Хотела переселиться в коридор, подальше от окон: «за мной следят, нас все видят и слышат». Для того, чтобы не узнавали на улице, отрастила челку. Мать однажды увидела на шее дочери следы от пальцев. Объяснила это тем, что душила себя, так как все люди «противные».

С., 15 лет. Временами слышит оклики по имени, голоса матери, дяди, «дающие ему хорошие советы и помогающие хорошо учиться, через

интернет». Жалуется на множество одновременно возникающих мыслей, посторонние мысли в голове. На улице ощущает, что за ним кто-то следит. Окружающие странно на него посматривают, переглядываются. Считает, что его в чем-то подозревают или обвиняют. С ребятами не дружит, общается с ними «мысленно».

Бредовые фабулы более разнообразны. Чаше возникают идеи преследования, отношения, отравления, но встречается и бред воздействия, физического недостатка, бред чужих родителей, вплоть до бреда величия (высокого происхождения), ипохондрического бреда. Редко, но бывают абортивный синдром Котара (предпочтительный для позднего возраста) и упрощенный реформаторский бред.

В препубертатном и особенно в пубертатном возрасте, несмотря на большую завершенность, разнообразие бредовых идей, они в этом возрастном диапазоне уступают по упомянутым характеристикам бреду у взрослых. У подростков паранойяльный, параноидный, парафренный синдромы в оформленном виде до наступления молодости развиваются редко.

Практически не наблюдается последовательная смена паранойяльного, параноидного и парафренного этапов хронического бреда. Бредоподобные фантазии, бред воображения принимают определенное участие в формировании бреда, но не столь очевидное, как при бреде у взрослых.

Сверхценные идеи. До пубертатного возраста клинически сформированные сверхценные идеи практически не встречаются. По мнению В.В.Ковалева, к предшественникам сверхценных феноменов у детей могут быть отнесены своеобразные стереотипные игры, односторонние интересы и увлечения с окраской одержимости, повторяющиеся «пытливые вопросы»: «Откуда берутся дети?», «Зачем нужно есть?». Такие рудиментарные сверхценные проявления возможны с 9–10 лет, а иногда и раньше. Завершенные и устойчивые сверхценные идеи и увлечения возможны начиная с пубертатного и препубертатного возраста.

Ю., 13 лет. После вынужденного по болезни месячного пропуска занятий в школе получил «четверки» по истории и биологии (по этим предметам всегда учился на «отлично»). Начал усиленно заниматься дома, стремясь исправить отметки. Постепенно все больше времени стал проводить за уроками. Ничем другим не занимался, прерывался только на еду и сон. Завел специальные тетради для самостоятельных занятий. За исключением посещения школы, перестал выходить из дома, общаться с окружающими. Все больше внимания уделял истории и биологии, но учиться на «отлично» по этим предметам не удавалось. Со временем забросил другие школьные задания. Говорил: «Я буду заниматься только тем, что мне надо». Попытка изучать дополнительную литературу – энциклопедии, справочники, учебники для вузов. Стал раздражительным, сторонился окружающих. Говорил, что они «мешают учить». Придумал собственную систему запоминания. Перестал смотреть телевизор, за-

прещал это делать и родителям. Часто отказывался от еды, питья, редко мылся. Заявлял, что все это отвлекает его от занятий.

Чаше встречаются сверхценные феномены в виде дисморфофобии, нервной анорексии, ипохондрических идей, метафизической (философической) интоксикации. К последней относят возникающий в пубертатном, а теперь, в связи с частой акселерацией, и в препубертатном, периоде, неумеренный интерес к отвлеченным вопросам глобального, часто философского масштаба. Они обычно банальны и не имеют решения: «В чем смысл жизни?», «Зачем трудиться, учиться, если все равно люди смертны?». В других случаях подростки проявляют чрезмерный интерес к истории, политике, экономике. Просиживают долгое время в библиотеках, пытаются «открыть закон жизни». В деятельности малопродуктивны. Их увлечения не соответствуют ни воспитанию, ни профессии родителей. Со временем формируется «копилка идей» сверхценного, паранойяльного или обсессивного характера.

Навязчивости. Клинически оформленные навязчивости у детей бывают редко. Для навязчивых явлений детского и подросткового возраста характерно отсутствие критики к обсессиям и фобиям, отсутствие переживания их как болезненных, мешающих личности навязчивых явлений и попыток их преодоления. Такие возрастные особенности навязчивостей могут быть названы сверхценными. Элементы критики к фобиям и обсессиям изредка появляются в младшем школьном возрасте, чаще они бывают в препубертатном и пубертатном периодах. У дошкольников навязчивые явления носят стертый, abortивный характер, преимущественно проявляются элементарными аффективными и моторными навязчивостями, начиная с 3–6 лет (тикоподобные гиперкинезы, почесывания, шмыганье носом, моргание).

Другой вариант навязчивостей дошкольного возраста — механически повторяемые, стереотипные вопросы: «Почему снег белый?», «Зачем кошка мяукает?». В младшей возрастной группе нередко встречаются страхи темноты, одиночества, смерти. Подобные страхи бывают у практически здоровых детей. Признаки патологичности таких страхов — упорный характер, эмоциональная охваченность, усложнение содержания страхов со временем, нарушение засыпания, невозможность отвлечь, успокоить. У здоровых детей после 6–7 лет страхи проходят. Из других фобий у дошкольников встречаются страх подавиться во время еды, страх заражения и загрязнения, страх встретиться с героями пугающих сказок.

В младшем школьном возрасте возникают навязчивые представления, назойливо повторяются одни и те же образы: сцены наказания отцом за двойку, простые ритуалы (потирание носа, дотрагивание до определенных предметов, предотвращающих опасность). Возможен навязчивый счет, хульные мысли, в редких случаях — контрастные представления: «Пусть отца посадят в тюрьму»; «Выпрыгну из окна и накажу учительницу».

В препубертатном и пубертатном периодах появляются социофобии, школьные фобии: навязчивый страх неудачи при устном ответе, страх покраснеть, вызвать насмешки одноклассников. Относительно часто в препубертатном возрасте встречаются навязчивые мысли по поводу недостатков внешности: невысокий рост, широкий таз и т.п. В этом же возрасте возникают обсессивно-компульсивные расстройства, ритуалы, трихотилломания, онихофагия, другие автоматизированные привычные действия.

Впервые развивается в подростковом периоде агорафобия. В этом же возрасте возможны сложные ритуалы.

В., 13 лет, разработал сложную систему одевания, неукоснительно соблюдая ее последовательность: сначала правую штанину, потом левый рукав, затем ботинки и т.д. Тратил на одевание до 40 мин. Из-за этого нередко опаздывал в школу.

А., 14 лет. В последние 2 года стал десятки раз в день мыть руки. Рассказывает, что боится заразиться микробами рака. Следит, чтобы не было царапин, боится умереть от столбняка. Вначале мыл руки мылом, потом стал протирать пальцы лосьоном. Соглашается с матерью, что заражение маловероятно, однако страх скоро возобновляется. Страх заражения усиливается на уроках, особенно перед контрольными, или если предстоит куда-то идти или ехать.

Глава 9.

РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ, ПАМЯТИ, ИНТЕЛЛЕКТА

9.1. Расстройства внимания

Внимание является одним из важнейших элементов психической деятельности человека, обеспечивающих познавательный процесс. Внимание связано со всеми психическими процессами, прежде всего с памятью, мышлением, эмоциями, волей, потребностями, интересами. От состояния внимания зависят деятельность человека, его ориентировка, адаптация в окружающей среде.

Внимание — это направленность, сосредоточенность сознания человека на каком-либо объекте, явлении или виде деятельности. Это могут быть объекты внешнего мира или собственные мысли и переживания.

Виды внимания

Непроизвольное (пассивное) внимание осуществляется непреднамеренно, без волевых усилий, определяется самим объектом и актуальным психическим состоянием человека. Влияние внешних факторов заключается в том, что для поддержания непроизвольного внимания имеют значение новизна раздражителей, их контрастность. Так, монотонный звук или приглушенный свет притупляют внимание человека, вспышка же света или увеличение интенсивности звука — обостряют. Примером непроизвольного внимания является внимание детей, характеризующееся неустойчивостью, отвлекаемостью.

Произвольное (активное) внимание — сознательное, волевое сосредоточение на каком-либо объекте или виде деятельности, нередко с включением установок в форме внутренней речи.

Характеристики внимания

Объем внимания — количество объектов, которые одновременно могут находиться в сфере внимания человека.

Устойчивость внимания — способность в течение длительного времени сохранять внимание на одном объекте, роде занятий, противостоять отвлечению внимания.

Концентрация (сосредоточенность) внимания — способность фокусировать внимание на одних объектах, игнорируя другие при наличии помех.

Переключаемость внимания — сознательное быстрое перемещение внимания с одного объекта на другой без существенной потери способности к концентрации.

Распределение внимания — способность направлять и сосредотачивать внимание одновременно на нескольких объектах или выполнении различных действий.

Нарушения внимания

Повышенная истощаемость внимания — нарушение всех основных параметров внимания при психической нагрузке вследствие патологической утомляемости.

Нарушение концентрации внимания — ослабление или утрата способности сосредотачивать внимание на конкретных объектах и явлениях.

Отвлекаемость внимания — снижение избирательности внимания, неспособность длительно поддерживать внимание на одном объекте, отвлечение внимания на посторонние раздражители и детали.

Сверхотвлекаемость внимания (гиперметаморфоз) — переключение внимания на самые незначительные изменения в окружающем или фиксация на всех объектах, попадающих в поле зрения больного.

Инертность (тугоподвижность) внимания — недостаточная переключаемость внимания с одного объекта или вида деятельности на другой.

Расстройства внимания могут входить в структуру других психопатологических синдромов. Отвлекаемость внимания характерна для маниакальных состояний. При острых бредовых расстройствах отмечаются явления растерянности, при которой имеет место свертотвлекаемость внимания (гиперметаморфоз). Грубые нарушения внимания имеют место при расстройствах сознания, дементных состояниях.

Значение расстройств внимания

Состояние внимания пациента имеет важное значение в практике врача, начиная со сбора анамнеза, когда неспособность пациента сосредоточиться, отвлекаемость затрудняют получение необходимых сведений, и заканчивая назначениями, которые также могут быть не восприняты больным из-за его невнимательности. Не меньшие сложности в клинической работе может доставлять недостаточная способность пациента к переключению внимания, фиксация на одних моментах и игнорирование других. Подобные качества присущи лицам с определенными характерологическими особенностями (наличием черт психической ригидности), а также пациентам с ипохондрическими расстройствами.

Следует также помнить, что любое соматическое заболевание, сопровождающееся значительными астеническими расстройствами, психофизической истощаемостью, приводит к выраженной неустойчиво-

сти и истощаемости внимания. Больной обнаруживает рассеянность, постоянно переспрашивает собеседника (врача), особенно часто к концу беседы. Иногда истощаемость внимания настолько выражена, что может быть ошибочно принята за интеллектуальную недостаточность больного.

Врач должен учитывать в своей работе, что внимание больного человека сосредоточено на его болезни. Поэтому он будет избирательно обращать внимание и обостренно воспринимать все, что касается состояния его здоровья, подчас неправильно интерпретируя полученную информацию и игнорируя рекомендации врача, которые, по мнению больного, не заслуживают внимания.

Выявление расстройств внимания

В повседневной клинической практике оценить состояние внимания пациента можно в ходе беседы и обследования по его сосредоточенности или отвлекаемости на случайные раздражители (посторонний разговор, уличный шум, какой-то предмет, попавший в поле зрения и т.п.), способности удерживаться на одной теме разговора и переключаться на другую, точности выполнения инструкций и ответов на вопросы в начале и в конце обследования. Дополнительно можно использовать экспериментально-психологические методики, такие, например, как корректурная проба, счет по Крепелину, таблицы Шульте.

Нарушения внимания у детей и подростков занимают значительное место в клинике психических расстройств. Одним из наиболее известных, выделяемых в качестве самостоятельного расстройства, является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), подробно описанный в главе 28. Нарушения внимания имеют место у детей с умственной отсталостью, органическими заболеваниями головного мозга, астеническими состояниями вследствие перенесенных или текущих соматических, в том числе инфекционных, заболеваний или интоксикаций.

9.2. Расстройства памяти

Под памятью принято понимать такую особенность психической деятельности, с помощью которой отражается прошлый опыт и события, происходящие в жизни человека и общества. Выделяют кратковременную и долговременную память.

При **кратковременной памяти** следы от восприятий удерживаются короткое время, пока существует источник воздействия.

При **долговременной памяти** фиксация информации, навыков, двигательных актов оставляет след на долгие годы или на всю жизнь.

Кроме этого различают механическую и логическую память.

Выделяют следующие компоненты памяти: рецепция — восприятие нового; ретенция — удержание полученной информации; репродукция — воспроизведение имеющейся информации.

Нарушения памяти бывают представлены *дисмнезиями* — количественными расстройствами и *парамнезиями* — качественными расстройствами памяти.

Дисмнезии

Гипомнезии — ослабление памяти. При этом страдают все составляющие памяти: больной с трудом воспринимает новое и запоминает услышанные имена, телефоны, события. Не может удержать их в памяти, вынужден пользоваться записной книжкой, что раньше не делал, и в нужный для него момент не может вспомнить необходимое имя или телефон и часто затрудняется отыскать записанное. Гипомнезия чаще всего наблюдается при органических заболеваниях головного мозга — атеросклерозе, гипертонической болезни, но может иметь место и при астенических состояниях. Е.А.Попов подчеркивал, что чем упорнее человек пытается что-то вспомнить, тем больше тормозится это воспоминание.

Гипермнезия — как-будто бы улучшение памяти, хотя на самом деле — это скорее дезорганизация памяти. Человек непроизвольно вспоминает ненужные детали из прошлого. Эти особенности могут наблюдаться при маниакальных состояниях и при некоторых интоксикациях, при которых непроизвольно начинают вспоминаться события далекого прошлого, не имеющие отношения к настоящей беседе.

Амнезии

Выделяют лакунарную, или островчатую, и тотальную амнезию.

Для *лакунарной амнезии* характерно выпадение из памяти отдельных периодов или событий. Это может наблюдаться при расстройствах сознания, истерических расстройствах, при которых забываются неприятные для данной личности события, при травматических расстройствах с неглубоким или кратковременным выключением сознания. К лакунарной относятся ретроградная и антероградная амнезии.

Ретроградная амнезия — утрачивается память на события, предшествующие черепно-мозговой травме, тяжелому инфекционному заболеванию, помрачению сознания. Длительность ретроградной амнезии различна, от нескольких часов до дней, недель и месяцев.

А., 42 года, был обнаружен около полотна железной дороги в бессознательном состоянии. Когда сознание восстановилось, он не мог рассказать, что с ним произошло. Он только помнил, как садился в электричку, чтобы ехать на дачу. Выяснилось, что проехал он расстояние равное получасу и еще около часа лежал на земле, пока его не обнаружили.

Антероградная амнезия — утрата памяти на события, которые происходили после того, как больной вышел из состояния помраченного сознания или из состояния выключения сознания. Длительность бывает различной. Больной после черепно-мозговой травмы несколько дней находился в коматозном состоянии, затем, когда состояние сознания прояснилось, он встречался с родными, разговаривал с ними, а затем

через несколько дней рассказал родным, что он не помнит, что они к нему приходили, не помнит, что его перевели в другую палату, водили на компьютерную томографию: «Я знаю об этом со слов персонала, а сам я это не помню». Часто при черепно-мозговых травмах наблюдается ретроантероградная амнезия.

Во время антероградной амнезии обнаруживается неспособность больного запоминать текущие события. Это преходящие расстройства типа фиксационной амнезии. При более тяжелых случаях *фиксационная амнезия* носит стойкий характер, больной утрачивает способность запоминать текущие события, он не помнит день недели, число, сколько времени находится в больнице, принимал ли пищу, лекарство, не может запомнить свою палату, постель, имя врача и т.п.

Больной радушно встречает студентов, но тут же предупреждает, чтобы после беседы его привели в палату и посадили на его постель, так как сам он найти не сможет. Больной не помнит, сколько времени он находится в больнице «может быть, месяц, а может быть, вчера поступил», не помнит имя врача, принимал ли лекарство, посещали ли его родные.

К *тотальным расстройствам памяти* относится прогрессирующая амнезия, при которой в первую очередь страдает память на текущие и близлежащие события, а затем постепенно забываются прошлые события, причем процесс забывания идет от настоящего в прошлое (закон Рибо). Больной не помнит, как зовут его внуков, затем не помнит имена детей, но сохраняет в памяти имена товарищей, с которыми учился в начальной школе.

Амнезия у детей выражается в виде полного или частичного выпадения воспоминаний на период помраченного сознания при делирии, онейроиде, сумеречном состоянии сознания, оглушенности, при этом амнезия, как правило, частичная

Палимпсесты (от греч. palimpsest — соскоб) как особая форма амнезии наблюдается при алкоголизме у подростков.

Ретроградная амнезия у детей и подростков наблюдается на короткий период и выражена неотчетливо.

Чаще в детском и подростковом возрасте наблюдаются дисмнезии, состоящие из ослабления запоминания с нарушением ретенции и воспроизведения (репродукции) материала памяти (Ковалев В.В., 1985). Дисмнестические нарушения чаще наблюдаются у детей школьного возраста. У детей младшего возраста выявить эти расстройства труднее, но о недостаточности мнестических функций у этих детей можно судить по тому, что ребенок забывает, какой в детском саду его шкафчик, игрушку, в этих случаях часто речь идет о нарушении узнавания.

Стойкие дисмнезии наблюдаются в структуре психоорганического синдрома.

Парамнезии

Парамнезии (от греч. para — рядом, около, + mneme — память) — ложные воспоминания.

Псевдореминисценции — ложные воспоминания: человек вспоминает те события, которые были на самом деле, но относятся к другому времени. Больной утверждает, что вчера он ходил на работу или посещал друзей, был в кинотеатре. Эти события, несомненно, с ним происходили, но в другое время.

Конфабуляции (от лат. *con* — с, *fibula* — история, сказка) — вымышленные воспоминания: больной сообщает о событиях, которые с ним никогда не происходили.

Криptomнезии (от греч. *kriptos* — скрытый, тайный, + *mneme* — память) — такое нарушение памяти, когда человек не может решить, было это событие на самом деле или он видел это во сне; слышал или читал какой-нибудь рассказ, а потом начинает думать, что написал его сам.

Псевдореминисценции у детей и подростков могут изредка наблюдаться в структуре корсаковского синдрома. Чаще у детей и младших подростков встречаются конфабуляции. В связи с интенсивной деятельностью воображения конфабуляции у них расцвечены красочными и фантастическими деталями (Ковалев В.В., 1985).

Амнестический синдром

Впервые описан С.С.Корсаковым в клинике алкогольного психоза. Преобладающим расстройством является фиксационная амнезия: больные не запоминают текущие события, не могут найти свою палату, не запоминают имя и лицо своего врача, не ориентируются во времени, не помнят, как давно находятся в больнице, не могут сказать, что ели на завтрак и обед и ели ли, принимали ли лекарства.

У ряда больных сохраняется способность к логическому мышлению. Больной не помнит, завтракал он или нет, но взглянув на часы заявляет, что, скорее всего, ел, так как время завтрака прошло. Расстройства запоминания сопровождаются псевдореминисценциями и конфабуляциями, которыми заполняются пробелы памяти. Характерна амнестическая дезориентировка во времени, больной не помнит, сколько времени он в больнице «может быть, один день, а может быть, уже месяц».

Амнестический корсаковский синдром редко встречается в детском возрасте, он наблюдается у детей старше 10 лет и у подростков.

Амнестический синдром в детском возрасте непродолжителен — от нескольких недель до 2,5 мес. (Сухарева Г.Е., 1955), — расстройства памяти в значительной мере обратимы.

Атипичные формы амнестического синдрома с ретроградной амнезией, преходящими выпадениями приобретенных навыков наблюдаются у детей как последствия клинической смерти (Ковалев В.В., 1985).

9.3. Расстройства интеллекта (слабоумие)

Под интеллектуальными расстройствами — слабоумием — понимается такое нарушение интеллектуальной деятельности, при котором страдает абстрактное мышление, процесс рационального познания, обу-

словленный нарушением памяти, утрачивается способность выделять главное и существенное, критически оценивать свое состояние.

Выделяют *деменцию* (от лат. de — снижение, понижение, mens — ум, разум) и *олигофрению* (от греч. oligos — малый, phren — ум) (см. гл. 27).

Деменции

При деменции выделяют *порциальное (лакунарное)* и *тотальное слабоумие*.

Одним из важных признаков приобретенного слабоумия является полная или частичная малообратимая или необратимая утрата ранее приобретенных знаний и практического опыта (Морозов В.М., 1963).

При олигофрении в основе ее не распад или утрата приобретенных знаний, а недоразвитие интеллекта и познавательной деятельности в целом как результат задержки или остановки развития познавательных процессов в раннем постнатальном периоде. Основным отличительным признаком деменции от олигофрении у детей является мозаичность психических нарушений, неравномерность снижения отдельных познавательных функций, сохранность одной из них или нескольких, сохранность словарного запаса и ряда приобретенных навыков, а также несоответствие между запасом знаний и личностными расстройствами: слабость побуждений, снижение критики, утрата высших эмоций.

Важным признаком являются нарушения предпосылок интеллекта: памяти, внимания, психической активности и работоспособности, целенаправленности психической деятельности.

При *лакунарном слабоумии* страдают не столько высшие интеллектуальные функции: способность к абстрактному мышлению, критическая оценка и способность к анализу происходящих событий, — а более простые функции интеллекта: счет, память, внимание. Больные замечают свою несостоятельность в трудовой деятельности, критически оценивают ее и дают на это аффективные реакции. У них сохраняются прежние формы поведения, манера говорить, вести себя в обществе, говорят, что в этих случаях сохраняется «ядро личности».

Лакунарное слабоумие наблюдается в начальных стадиях церебрального атеросклероза, при сифилисе мозга, черепно-мозговых травмах.

Тотальное слабоумие описывалось обычно как паралитическое, так как чаще всего наблюдалось при прогрессивном параличе. Вначале при паралитическом слабоумии утрачивается способность к тонким дифференцировкам, затем критика к своим словам и поступкам, обнаруживается нелепое, не свойственное данной личности поведение и нетактичные, часто сексуальные высказывания. Утрачивается способность понимать и оценивать ситуацию, страдает абстрактное мышление. Индивидуальные особенности личности стираются. Больной становится грубым, эйфоричным, пропадает интерес к работе, семье. Процесс обеднения и в дальнейшем распада захватывает личность.

В *детской психиатрии* для оценки интеллектуальных способностей, особенно при врожденном слабоумии, используют показатели *интеллектуального коэффициента (IQ)*, который определяется по формуле:

$$\frac{\text{Психический возраст}}{\text{Хронологический возраст}} \cdot 100.$$

Психический возраст определяется по способности ребенка выполнять тесты, характерные именно для этого возраста. Если ребенок способен выполнять только тесты, которые характерны для более младшего возраста, то по этим тестам и определяется его психический возраст.

Например, если мальчик 10 лет выполняет тесты, характерные для ребенка 8 лет, то $IQ = 8:10 \cdot 100 = 75$.

В детской психиатрии на основании психопатологических особенностей выделяют *органическую, эпилептическую и шизофреническую деменцию*.

Органическая деменция развивается как результат органического поражения головного мозга. Для нее характерен психоорганический синдром: снижение памяти, расстройства поведения и аффективные нарушения (Bleuler E., 1955).

В раннем детском и дошкольном возрасте ведущими являются утрата или ослабление навыков опрятности и самообслуживания, моторики, нарушение речи. Иногда психическая деятельность становится нецеленаправленной, преобладает моторное возбуждение или эйфорический фон настроения.

В школьном возрасте резко снижается умственная работоспособность, выявляются недостаточность функции обобщения и замедление мыслительных процессов (брадифрения).

В препубертатном и пубертатном возрасте наблюдаются нарушения познавательной деятельности, которые сочетаются с психопатоподобными расстройствами: эмоционально-волевой неустойчивостью и расстройством влечений.

В., 12 лет. Раннее развитие своевременное, рано сформировались навыки опрятности и самообслуживания, научился одеваться и самостоятельно есть к 3 годам. В 4 года был сбит машиной, ударился головой, несколько часов — потеря сознания. Перестал ходить, речь стала невнятной, ел только из рук персонала или матери, временами наблюдалось недержание мочи и кала. Через 2 года после травмы не мог ходить самостоятельно, навыки самообслуживания восстанавливались медленно. С трудом мог одеться самостоятельно к 10 годам. Изменился по характеру, стал упрямым, капризным, назойливым. В школе не удерживался, был стационарирован в детскую психиатрическую больницу. При обследовании пассивен, речь и запас слов бедны, обратный счет не удается. Путает месяцы, не может их перечислить. Истощает, легко раздражается, становится злобным. Критики к состоянию нет.

Эпилептическая деменция — это сочетание интеллектуальной недостаточности (страдает уровень обобщения и абстрактное мышление) с изменениями личности: эгоцентризм, инертность, аффективная вязкость,

злопамятность, жестокость, мстительность, сочетающаяся с льстивостью и угодливостью. Фон настроения часто угрюмый со склонностью к взрывам агрессии. Такая клиническая картина наблюдается при раннем начале заболевания, обычно до 2–3 лет.

При злокачественном течении эпилепсии в младшем возрасте интеллектуальные расстройства трудно отличимы от олигофреноподобного дефекта.

У детей дошкольного возраста наблюдается расторможенность сексуального влечения, в ряде случаев извращение влечений, они получают удовольствие, причиняя боль: ударяют, кусают, царапают окружающих.

Шизофреническая деменция (апатическое слабоумие) — отличается от других видов слабоумия тем, что осмысление и способность к обобщению часто нарушены незначительно, но мышление непродуктивно, паралогично, искажено (Зейгарник Б.В., 1958).

При шизофренической деменции наблюдаются глубокий дефект личности, снижение побуждений и психической активности, бездеятельность, апатия, эмоциональная опустошенность, выраженный аутизм, отгороженность от окружающих, активное противодействие контактам.

При раннем начале болезни формируется олигофреноподобный дефект с глубокой умственной отсталостью, сопровождающийся характерными для шизофренической деменции признаками: эмоциональной тупостью, отгороженностью, кататоническими расстройствами (застывание в своеобразных позах, стереотипии движений, «бег по кругу», эхосимптомы, негативизм), — наблюдается распад речи и исчезновение навыков самообслуживания, регрессивное поведение: ходьба на четвереньках, еда руками, обнюхивание предметов, оказавшихся в поле зрения, поедание несъедобных веществ и т.п.

Психоорганические синдромы

Н. Walter-Buel (1951) основными проявлениями психоорганических синдромов у взрослых считал *расстройства памяти, ослабление понимания и недержание аффектов*.

В описании психоорганического синдрома существенными признаками считаются снижение памяти и интеллектуальной продуктивности, инертность психических процессов, трудность переключения активного внимания и его узость и аффективные нарушения: лабильность, раздражительность, возбудимость в одних случаях, эйфорический фон настроения, чередующийся с дисфориями — в других, апатия, безразличие ко всему. Наблюдаются и расстройства волевой деятельности, проявляющиеся в слабости побуждений, вялости и пассивности.

Эти нарушения свойственны и детям с психоорганическим синдромом. В англо-американской литературе для характеристики психоорганического синдрома у детей используются термины «синдром раннего мозгового повреждения» и «синдром минимальной мозговой дисфункции».

У детей раннего и дошкольного возраста психоорганический синдром проявляется в задержке речевого развития, бедном запасе слов, слабой выраженности интеллектуальных интересов. Иногда на первый план выступают невропатические расстройства: повышенная возбудимость и неустойчивость вегетативных реакций, часто — поверхностный сон, пониженный аппетит, эмоциональная возбудимость и впечатлительность.

В дошкольном возрасте на первый план выступают эмоционально-волевые и двигательные расстройства: раздражительность, импульсивность, назойливость, частая смена настроения. Отмечаются недостаточность концентрации активного внимания и нарушения тонких моторных движений.

У детей школьного возраста и подростков наблюдаются значительный объем нарушений познавательной деятельности, личностные нарушения со склонностью к импульсивности и недостаточной самокритичности.

Выявляются различия в проявлениях психоорганического синдрома в разные возрастные периоды: в младшем школьном возрасте наблюдается психоорганический синдром с нарушением школьных навыков, у детей школьного возраста и подростков — психоорганический синдром с дефектом эмоционально-волевых свойств личности (Ковалев В.В., 1985)

Апатическая форма психоорганического синдрома характеризуется эмоциональной вялостью, слабостью побуждений, у детей школьного возраста и у подростков наблюдаются, как и у взрослых, более редкие варианты психоорганического синдрома с бездеятельностью, слабостью инстинкта самосохранения, беспомощностью. Наряду с этим отмечают органические изменения психики: инертность, ослабление памяти, конкретность мышления, истощаемость и пресыщаемость.

При **эйфорической форме** на первый план выступают эйфорический фон настроения, расторможенность примитивных влечений, импульсивность, грубая недостаточность критики.

Состояния псевдослабоумия

В.А.Гиляровский (1946) впервые сформулировал положение о *псевдоорганическом слабоумии*, в основе которого лежат нейродинамические нарушения, ведущие к торможению психических функций и прежде всего интеллектуальной деятельности. У детей и подростков в состоянии псевдослабоумия наблюдаются выпадения ряда приобретенных школьных сведений, нарушения абстрактного мышления, снижение уровня личности. Такие расстройства наблюдаются при черепно-мозговых травмах и инфекциях.

Через несколько недель эти расстройства подвергаются полному обратному развитию.

Недостаточно полные воспоминания об окружающем и своем поведении дают основания предположить, что состояние псевдослабоумия

связано с нарушением сознания, по всей видимости, с легким оглушением (Ковалев В.В., 1985).

Пограничная умственная отсталость

Пограничная умственная отсталость выявляется после 5—6-го класса обучения, когда усложняется программа и возрастают требования к абстрактному мышлению и творческим способностям. Обучение становится непосильным; постоянные неуспехи, осознание своей неполноценности порождают у подростка отвращение к учебе: начинаются прогулы, занятия забрасываются. В этот период пограничная умственная отсталость заслоняется педагогической запущенностью.

Диагностика пограничной умственной отсталости основывается не только и не столько на скудности школьных знаний, а на недостаточности абстрактного мышления и творческих способностей.

Подростки с пограничной умственной отсталостью обнаруживают неплохую осведомленность в бытовых вопросах и хорошую ориентировку в житейских ситуациях. Недостаточность выявляется при попытке понять переносный смысл неизвестных пословиц, нешаблонных метафор, у них страдает чувство тонкого юмора, понимание игры слов и т.п. Они не могут толково рассказать содержание прочитанной книги, кинофильма. Математические навыки недостаточны, кроме привычных бытовых расчетов.

Глава 10.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ, ВОЛИ, ВЛЕЧЕНИЙ

10.1. Аффективные расстройства

10.1.1. Симптомы эмоциональных нарушений

Эмоции (от лат. *emoveo, emotum* — возбуждать, волновать) — реакции в виде субъективно окрашенных переживаний индивида, отражающие значимость для него действующего раздражителя или результат собственного действия (удовольствия, неудовольствия).

Выделяют эмоции *эпикритические*, корковые, присущие только человеку, филогенетически более молодые (к ним относятся эстетические, этические, нравственные) и *протопатические*, подкорковые, таламические, филогенетически более древние, элементарные (удовлетворение чувства голода, жажды, полового чувства).

Существуют *положительные эмоции*, которые возникают при удовлетворении потребностей (переживание радости, воодушевления, удовольствия) и *отрицательные эмоции*, при которых переживается затруднение в достижении цели (огорчение, тревога, раздражение, гнев).

Кроме того, были выделены (Э.Кант) *стенические эмоции*, направленные на активную деятельность, борьбу, способствующие мобилизации сил для достижения цели, и *астенические*, обуславливающие пониженную активность, неуверенность, сомнения, бездеятельность.

Эмоции являются наиболее древними психическими функциями человека, многие эмоциональные реакции, особенно инстинктивные, человек получил от животных. У животных эмоциональные реакции возникали в связи с различными ситуациями, вызывающими реакцию страха или гнева. Если реакции эти были связаны с угрозой жизни животного, то возникала необходимость вступать в борьбу или спастись бегством. Так как, переживая страх, животное готовилось к действию, то в процессе эволюции закрепились наиболее целесообразные вегетативные реакции, которые и обеспечивали эту деятельность.

Во время переживания страха обычно происходят перераспределение крови в организме, расширение сосудов в мышцах, сердце, легких, мозге, сужение их в коже и брюшной полости. Это обеспечивает успешное спасение бегством или меньшую кровопотерю в случае борьбы.

У человека эти вегетативные реакции утратили целесообразность, но некоторые из них сохранились в рудиментарном виде. Так, при переживании страха у человека наблюдается бледность кожных покровов, тело покрывается «гусиной кожей» — это и есть рудимент пиломоторной реакции.

Эмоции сопровождаются не только вегетативными реакциями, но и выразительными движениями. Выразительные движения могут быть адекватны переживаемой эмоции, человек может их подавить усилием воли. В ряде случаев мимика и выразительные движения не соответствуют переживаемой эмоции, например, при огорчении у человека возникает улыбка.

Под **аффектом** принято понимать кратковременное сильное душевное волнение, которое сопровождается не только эмоциональной реакцией, но и возбуждением всей психической деятельности.

Выделяют *физиологический аффект*, например гнева или радости, не сопровождающийся помрачением сознания, автоматизмами и амнезией. Астенический аффект — быстро истощающийся аффект, сопровождающийся угнетенным настроением, снижением психической активности, самочувствия и жизненного тонуса. Стенический аффект характеризуется повышенным самочувствием, психической активностью, ощущением собственной силы.

Патологический аффект — кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся в концентрации сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следуют общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон, частичная или полная амнезия. В ряде случаев патологическому аффекту предшествует длительная психотравмирующая ситуация и сам патологический аффект возникает как реакция на какую-то «последнюю каплю»

Под **настроением** понимают более или менее продолжительное эмоциональное состояние.

Филогенез чувств (по Рибо) характеризуется следующими этапами:

1-й этап — протоплазматический (досознательный), на этом этапе чувства выражаются в изменениях раздражимости тканей.

2-й этап — потребностей; в этот период появляются первые признаки переживания удовольствия/неудовольствия.

3-й этап — так называемых примитивных эмоций; к ним относятся эмоции органического характера: боль, гнев, половое чувство.

4-й этап — абстрактные эмоции (моральные, интеллектуальные, этические, эстетические).

Онтогенез эмоций

В онтогенезе эмоций выделяют четыре этапа.

1-й этап (у новорожденных) характеризуется преобладанием инстинктов и прежде всего инстинкта самосохранения (включая пищевую).

2-й этап — этап органического чувствования. Основой его являются переработка информации от экстра- и интерорецепторов и возникновение нестойких образных представлений о действительности с переживанием ребенком удовлетворения/неудовлетворения, приятного/неприятного и т.п. Из этих чувств формируется отношение ребенка к близким.

3-й этап — развитие эпикритических эмоций (от 3—4 до 12—14 лет). Связь развивающихся эмоций с органическими потребностями преобладает еще продолжительное время, и с 10—12 лет эмоции приобретают самостоятельное психическое выражение. Продолжается совершенствование эпикритических эмоций, в эмоциональных реакциях начинает преобладать корковая коррекция органических потребностей и влечений.

4-й этап — формирование высших человеческих эмоций, полное развитие которых достигается к 20—22 годам. К этому периоду чувства становятся подвластны рассудку, иными словами, корригируются интеллектуальной деятельностью. В этот период становится возможным подавление внешних проявлений эмоций, мимических реакций и выразительных движений.

Нарушения эмоционального реагирования

Эмоциональное реагирование — острые эмоциональные реакции, возникающие в ответ на различные ситуации. В отличие от изменений настроения эмоциональные формы реагирования кратковременны и не всегда соответствуют основному фону настроения.

Эмоциональные нарушения характеризуются неадекватностью эмоционального реагирования на внешние события. Эмоциональные реакции могут быть неадекватны по силе и степени выраженности, длительности и значимости вызвавшей их ситуации.

Эксплозивность — повышенная эмоциональная возбудимость, склонность к бурным проявлениям аффекта, неадекватная по силе реакция. Реакция гнева с агрессией может возникнуть по незначительному поводу.

Эмоциональное застревание — состояние, при котором возникшая аффективная реакция фиксируется на длительное время и оказывает влияние на мысли и поведение. Пережитая обида «застревает» надолго у злопамятного человека. Человек, усвоивший определенные догмы, эмоционально для него значимые, не может принять новые установки, несмотря на изменившуюся ситуацию.

Амбивалентность — возникновение одновременно противоположных чувств по отношению к одному и тому же человеку.

Чувство потери чувств — утрата способности реагировать на происходящие события, мучительное бесчувствие, например при психогенном «эмоциональном параличе».

Симптомы расстройств настроения

Под настроением понимается преобладающее на определенный период эмоциональное состояние, оказывающее влияние на всю психическую деятельность.

Расстройства настроения характеризуются двумя вариантами: симптомами с усилением и ослаблением эмоциональности. К *расстройствам с усилением эмоциональности* относятся гипертимия, эйфория, дисфория, тревога, эмоциональная слабость.

Гипертимия — повышенное, веселое, радостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, хорошим, даже прекрасным физическим самочувствием, легкостью в решении всех вопросов, переоценкой собственных возможностей.

Эйфория — благодушное, беззаботное настроение, переживание полного удовлетворения своим состоянием, недостаточная оценка происходящих событий.

Гипотимия — сниженное настроение, переживание подавленности, тоскливости, безысходности. Внимание фиксировано на отрицательных событиях, настоящее, прошлое и будущее воспринимается в мрачных тонах.

Дисфория — злобно-тоскливое настроение с переживанием недовольства собой и окружающими. Часто сопровождается выраженными аффективными реакциями гневливости, ярости с агрессией, отчаянием с суицидальными тенденциями.

Тревога — переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы. Часто тревога может сопровождаться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями, Тревога может перерасти в панику, при которой больные мечутся, не находят себе места или застывают, в ужасе ожидая краха.

Эмоциональная слабость — лабильность, неустойчивость настроения, изменение его под влиянием незначительных событий. У больных легко могут возникать состояния умиления, сентиментальности с появлением слезливости (слабодушие). Например, при виде шагающих школьников человек не может удержать слез умиления.

Болезненное психическое бесчувствие (anaesthesia psychica dolorosa). Больные мучительно переживают утрату всех человеческих чувств: любви к родным и, особенно, к детям, сострадания, горя, тоски. Они говорят, что стали «как дерево, как камень», страдают от этого, уверяют, что тоска легче, так как в ней человеческие переживания.

Все перечисленные симптомы свидетельствуют об усилении эмоционального состояния, независимо от того, каковы эти эмоции — положительные или отрицательные.

К нарушениям настроения со снижением эмоциональности относятся такие состояния, как апатия, эмоциональная монотонность, эмоциональное огрубение, эмоциональная тупость.

Апатия (от греч. *apatia* — бесчувственность; синонимы: анормия, антинормия, болезненное безразличие) — расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствием желаний, побуждений и полной бездеятельностью. Больные в таком состоянии не проявляют никаких интересов, не высказывают никаких желаний, не интересуются окружающими, часто не знают, как зовут соседей по палате, лечащего врача — не из-за расстройств памяти, а из-за безразличия. На свидании с родными молча забирают принесенную еду и уходят.

Эмоциональная монотонность — эмоциональная холодность. У больного наблюдается ровное, холодное отношение ко всем лицам и событиям независимо от их значимости.

Эмоциональное огрубение. Оно проявляется в утрате наиболее тонких дифференцированных эмоциональных реакций, исчезает деликатность, сопереживание, появляется расторможенность, назойливость, бесцеремонность. Такие состояния могут наблюдаться при алкоголизме, атеросклеротических изменениях личности.

Эмоциональная, или аффективная, тупость — расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций и контактов, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность. Такие больные равнодушны и холодны к родным, их не трогает болезнь или смерть близких. Иногда сохраняются грубо эгоистические интересы.

Нарушения настроения и эмоционального реагирования могут сопровождаться изменениями мимики и выразительных движений, которые могут быть неадекватными по силе и выраженности эмоциональному состоянию или не соответствовать переживаемым эмоциям.

Гипермимия — расстройство, сопровождающееся живой, быстро меняющейся мимикой, отражающей картину быстро меняющихся, появляющихся и исчезающих аффектов. Проявления мимических реакций часто утрировано, чрезмерно бурно и ярко. Выразительные действия усилены, ускорены, быстро меняются, достигая в ряде случаев маниакального возбуждения.

Аимия, гипомимия — ослабление, обеднение мимики, однообразная застывшая мимика горя, отчаяния характерна для депрессивных состояний. На лице больных — застывшее скорбное выражение, губы плотно сжаты, углы рта опущены, брови сдвинуты, между ними залегают складки. Характерна складка Верагута: кожная складка верхнего века на границе внутренней трети оттянута кверху и вниз, в связи с чем дуга превращается в этом месте в угол.

Выразительные движения ослаблены, замедлены. Иногда двигательная активность полностью утрачивается, больные становятся обездви-

жены, но скорбная мимика сохраняется. Это картина депрессивного ступора.

Парамимия — неадекватность мимики и выразительных действий эмоциям и ситуации. В одних случаях это проявляется улыбкой на похоронах, слез и гримас плача при торжественных или приятных событиях. В других случаях мимические реакции не соответствуют каким-либо переживаниям — это различные гримасы. Например, больной зажмуривает глаза, открывает рот, морщит лоб и т.п.

10.1.2. Синдромы аффективных расстройств

К этим синдромам относятся депрессивный и маниакальный, для которых характерна триада, состоящая из расстройств настроения, двигательных нарушений и изменения течения ассоциативных процессов. Однако этой триадой не исчерпывается клиническая картина как депрессивных, так и маниакальных состояний. Характерны нарушения внимания, сна, аппетита. Вегетативные расстройства наиболее типичны для эмоциональных эндогенных расстройств и характеризуются признаками повышения тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Депрессивный синдром

Типичный депрессивный синдром. Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой: гипотимией (подавленным, грустным, тоскливым настроением), замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Выраженность указанных расстройств различна. Диапазон гипотимических расстройств велик — от легкой подавленности, грусти, депримированности до глубокой тоски, при которой больные испытывают тяжесть в груди, боль в груди, бесперспективность, никчемность существования. Все воспринимается в мрачных красках — настоящее, будущее и прожитое. Тоска в ряде случаев воспринимается не только как душевная боль, но и как тягостное физическое ощущение в области сердца, в груди «предсердечная тоска».

Замедление в ассоциативном процессе проявляется в обеднении мышления: мыслей мало, они текут медленно, прикованы к неприятным событиям, болезни, идеям самообвинения. Никакие приятные события не могут изменить направление этих мыслей. Ответы носят односложный характер, после длительной паузы.

Двигательная заторможенность проявляется в замедлении движений и речи: речь тихая, медленная, мимика скорбная, движения замедленны, однообразны, больные подолгу могут оставаться в одной позе. В ряде случаев заторможенность достигает полной обездвиженности — депрессивного ступора.

Иногда двигательная заторможенность внезапно сменяется приступом возбуждения, взрывом тоски (меланхолический раптус — *raptus melancholicus*). Больной внезапно вскакивает, бьется головой об стену, царапает себе лицо, может вырвать глаз, разорвать рот, поранить себя

о какой-нибудь предмет, разбить головой стекло, выброситься из окна, при этом больные истошно кричат, воют. Больного удается удержать и уложить в постель, при этом у него снова наступает двигательная заторможенность.

При депрессиях часто наблюдаются суточные колебания настроения, характерные для эндогенных депрессий. В ранние утренние часы наблюдается усиление тоски и суицидальных мыслей, именно в эти часы больные наиболее опасны для себя из-за возможности совершения суицида.

Для депрессивного синдрома характерны идеи самообвинения, греховности, виновности, которые тоже могут приводить к мыслям о самоубийстве.

Депрессивный синдром обычно сопровождается *вегетативными* расстройствами: тахикардией, колебаниями АД с тенденцией к гипертензии, потерей аппетита, запорами, снижением массы тела, эндокринными расстройствами.

В зависимости от преобладания в структуре депрессии различных компонентов выделяют тоскливую, тревожную, апатическую депрессию и другие варианты депрессивных состояний.

При *тоскливой депрессии* наиболее выражены все симптомы депрессивной триады: тоскливое настроение, замедление мышления и двигательная заторможенность.

Тревожная депрессия характеризуется тягостным, мучительным ожиданием неизбежного несчастья и сопровождается однообразным речевым и двигательным возбуждением. Больные убеждены, что должно произойти что-то непоправимое, в чем они виноваты. В ряде случаев двигательное возбуждение достигает неистовства, больные мечутся, стонут, выкрикивают отдельные слова, наносят себе повреждения. Это состояние называется ажитированной депрессией.

Для *апатической, или адинамической, депрессии* характерно ослабление всех побуждений. Больные вялы, безучастны к окружающему, безразличны к своему состоянию и положению родных, неохотно вступают в контакт, не высказывают каких-либо определенных жалоб, часто говорят, что единственное их желание, чтобы их не трогали.

Для *маскированной депрессии* характерно преобладание различных двигательных, чувствительных и вегетативных расстройств. Клинические проявления этой депрессии крайне разнообразны. Часто встречаются различные жалобы на расстройства сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения. Наблюдаются приступы болей в области сердца, желудка, кишечника. Эти расстройства сопровождаются нарушениями сна и аппетита. Депрессивные расстройства недостаточно отчетливы и маскируются соматическими жалобами.

При маскированной депрессии больной длительно и упорно безрезультатно лечится у врачей различных специальностей; при применении различных методов исследования не выявляется конкретного соматического заболевания; несмотря на неудачи в лечении, больные

упорно продолжают посещать врачей. При маскированной депрессии обращают на себя внимание суточные колебания соматических жалоб и астении, характерные для депрессии.

Депрессивные эквиваленты — периодически возникающие состояния, характеризующиеся разнообразными жалобами и симптомами преимущественно вегетативного характера, иногда заменяющие приступы депрессии при маниакально-депрессивном психозе (аффективных психозах).

Маниакальный синдром

Для маниакального синдрома характерна триада: гипертимия (приподнятое, радостное настроение), ускорение мышления и двигательное возбуждение со стремлением к деятельности. Выраженность этих расстройств различна: ускорение мышления может колебаться от незначительного облегчения мышления до «скачки идей»; повышение активности иногда достигает беспорядочного возбуждения (спутанная мания). Настроение бывает не только радостным и веселым, но в некоторых случаях преобладает гневливый аффект (*гневливая мания*).

Для маниакального синдрома характерна отвлекаемость, в связи с чем больные не могут довести начатое дело до конца, последовательно сообщить о себе анамнестические данные. Несмотря на то что больной говорит без умолку, беседа с ним непродуктивна, так как он отвлекается, ассоциации носят поверхностный характер.

Больные в маниакальном состоянии обычно не предъявляют соматических жалоб, они испытывают не только «душевный подъем», но и прилив физических сил. В этом состоянии больные склонны переоценивать свои способности и возможности. Женщина, несмотря на преклонный возраст, убеждена в своей неотразимой привлекательности, уверяет, что все студенты и врачи в нее влюблены. Больные склонны украшать свою одежду, неумеренно пользоваться косметикой, делать замысловатые прически и т.п. У больных в маниакальном состоянии обнаруживается способность сочинять стихи, музыку, рисовать, петь. Обычно чем менее выражено маниакальное состояние, тем продуктивнее деятельность.

Переоценка интеллектуальных способностей и возможностей может достигать уровня экспансивного бреда.

У больных наблюдается речевое возбуждение: они говорят много, быстро, громко. При выраженном речевом возбуждении через несколько дней голос становится охрипшим. В ряде случаев больные не могут полностью высказать мысль, из-за отвлекаемости они не договаривают фразы или выкрикивают только отдельные слова. Сами больные говорят, что язык не успевает за мыслями («скачка идей»).

При менее выраженном речевом возбуждении ускорение ассоциативной деятельности выявляется в письме: больные не дописывают фразы или пишут только отдельные слова.

Внешний вид больных характерен: они оживленны, лицо часто гиперемировано, мимика живая, движения быстрые, усидеть на месте они не могут, хватаются за различные дела, но ни одно дело довести до конца не могут из-за отвлекаемости. Аппетит чаще повышен, едят с жадностью, быстро глотают плохо пережеванную пищу.

Половое влечение бывает усилено, больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, создают семьи, дают необоснованные обещания.

Выделяют несколько вариантов маниакального синдрома: *веселая мания* характерна для аффективных психозов; *непродуктивная мания*, при которой повышенное настроение и двигательное возбуждение не сопровождается стремлением к деятельности; *мания с дурашливостью*, при которой повышенное настроение с двигательным и речевым возбуждением сопровождается манерностью, детскостью, склонностью к нелепым шуткам.

10.2. Особенности эмоциональных расстройств у детей и подростков

Большинство психиатров считают, что классические формы аффективных расстройств у детей не встречаются, но имеется гамма разнообразных возрастных рудиментов как депрессивных, так и маниакальных состояний, которые различны в разные периоды развития ребенка.

Депрессивные состояния

В раннем и дошкольном возрасте депрессия проявляется в виде соматовегетативных и двигательных расстройств в соответствии с выделенными Г.К.Ушаковым периодами формирования психической деятельности.

Депрессия у детей раннего возраста проявляется вялостью, двигательным беспокойством, снижением интереса к окружающему, плачем, нарушением ритма сна, утратой аппетита. Иногда появляются стереотипные движения (яктация).

В первые годы жизни наиболее тяжелыми бывают психогенные депрессии при эмоциональной депривации, связанные с разлукой с матерью. Если это состояние затягивается, то ребенок отстает в психическом и речевом развитии, при этом используют термины «психическое истощение» (Трамер М., 1964), «психический госпитализм», «анаклитическая депрессия» (Ниссен Г., 1980). Г.Ниссен подчеркивал, что за депрессию говорят «печально-покорное» выражение лица ребенка, заторможенность и безучастность.

В.М.Башина выделяет тревожную и адинамическую депрессию у детей 1–3 лет, страдающих шизофренией. Для адинамической депрессии характерны монотонное безрадостное настроение, вялость, медлительность, однообразное поведение. Для тревожной депрессии – общее беспокойство, плаксивость, капризность, негативизм.

В дошкольном возрасте наблюдаются соматовегетативные и двигательные расстройства: нарушения аппетита, сна, энурез, вялость, заторможенность, то тревожность, то плаксивость. В психомоторике видны депрессивные переживания: страдальческое выражение лица, походка с опущенной головой, тихий голос, суточные колебания, часто наблюдаются ипохондрические жалобы, эпизоды дереализации.

В.М.Башина (1981) выделяет 6 разновидностей депрессивных состояний у детей дошкольного и младшего школьного возраста: астеническую, стертую простую, угрюмую (брюзжащую), с сенестопатиями, с расстройствами самосознания и ажитированную.

В младшем школьном возрасте депрессивные состояния проявляются изменениями поведения: потеря интереса к играм, вялость, замкнутость, затруднения в учебе из-за нарушенного внимания. «Психические эквиваленты» в этом возрасте: энурез, снижение аппетита или повышение и как следствие ожирение, запоры, расстройства сна, кошмарные сновидения, страхи.

В пубертатном возрасте депрессивные проявления бывают более отчетливы, появляются идеи малоценности, ребенок говорит, что он «неспособный, хуже всех в классе» и т.п., в этот период возникают рудименты суицидальных мыслей («Кому я такой нужен? Зачем мне жить?») без суицидальных попыток. Иногда у ребенка, если его начинают осуждать и ругать за «безделие», могут возникать не только суицидальные мысли, но и попытки. Двигательная заторможенность у детей встречается реже. Такие депрессивные расстройства встречаются в среднем и старшем подростковом возрасте и наблюдаются как фаза маниакально-депрессивного психоза или приступ шизоаффективного психоза.

У подростков может наблюдаться типичная картина депрессии.

Депрессии у подростков отличаются от депрессий у взрослых. Опасность суицидов в подростковом возрасте у больных с различными проявлениями депрессий делает этих больных требующими особого внимания.

Депрессии у подростков часто маскируются психопатоподобным поведением, алкоголизацией, употреблением наркотических средств, чтобы подавить тягостные, часто скрываемые переживания. Атипичность депрессий у подростков дала основание J.Toolan в 1971 г. ввести понятие «подростковые депрессивные эквиваленты».

Делинквентный вариант начинается внезапно с не свойственных ранее подростку нарушений поведения.

Он становится угрюмым, конфликтует с родными и учителями, грубит, «делает на зло». Забрасывает занятия, бродит по улицам, часто оказывается в асоциальной компании, выпивает, но не испытывает эйфории.

А.Е.Личко подчеркивал, что на всем поведении лежит как бы печать отчаяния. Агрессия в отношении близких может смениться аутоагрессией и суицидальными попытками. Депрессивное состояние подро-

стки, как правило, отрицают, настроение определяют «как обычное». Этот вариант чаще наблюдается в младшем и среднем подростковом возрасте.

Ипохондрический вариант проявляется различными ипохондрическими жалобами, имеющиеся соматические расстройства преувеличиваются, подростки охотно соглашаются на обследования, несмотря на неприятные процедуры, из-за болезни уклоняются от учебы, бездельничают, валяются в постели. Раздражительны, плаксивы, говорят только о болезни, плохое настроение объясняют соматической болезнью, не возражают, что заболели от нервов, согласны лечиться, но преувеличивают побочные действия лекарств. Этот эквивалент может наблюдаться при реактивной депрессии у астеноневротических, конформных, истероидных и психастенических акцентуациях. Может предшествовать фазам маниакально-депрессивного психоза. Наблюдается в среднем и старшем подростковом возрасте.

Астенопатический эквивалент начинается с жалоб на затруднения в обучении. Больные жалуются на трудности сосредоточения, усвоения нового материала. У них быстро наступает утомление при попытке активизировать занятия, продуктивность ухудшается, занятия забрасываются. Подросток становится вялым, бездеятельным, сидит дома, не ищет развлечений. Угнетаются подростковые поведенческие реакции, в компании «не тянет». Тоски нет, но жалуются на скуку. Сами больные идей самообвинения не высказывают, но определенность в этом отношении имеется. На обвинения родными в лени и бездельи реагируют раздражением. Данный тип эквивалента встречается в среднем и старшем подростковом возрасте.

Помимо описанных выше атипичных проявлений депрессий (депрессивных эквивалентов) у старших подростков могут наблюдаться депрессивные состояния.

Типичная меланхолическая депрессия

Чаще наблюдается в старшем подростковом возрасте и у девочек. Депрессивные расстройства представлены отчетливо: угнетенное настроение, безысходная тоска, малоподвижность, тихий голос, общая заторможенность, лаконичные ответы, заторможенность может достигать степени депрессивного ступора. Суицидальные мысли постоянно появляются, но двигательная заторможенность часто препятствует их осуществлению. Характерны идеи самообвинения, виновности перед всеми: родными, друзьями, учителями. Вегетативные расстройства выражены, особенно бессонница, утрата аппетита, аменорея у девочек.

Тревожная депрессия

Тревога выступает на первый план, она носит «витальный характер», подросток не может объяснить, что его тревожит, часто испытывает

опасения, что на него могут напасть, убить, арестовать, исключить из школы и т.п.

Тревога часто сочетается с растерянностью, трудностью восприятия окружающего, иногда неглубоким нарушением ориентировки. Тревожная депрессия характерна для шизоаффективного психоза и острых инфекционных (вирусный грипп) и интоксикационных (злоупотребление психостимуляторами) психозов.

Состояния дисфории

Дисфория — пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, недовольством окружающим, агрессивностью.

В дошкольном и младшем школьном возрасте проявляется в виде ипохондрических жалоб. Г.Е.Сухаревой описан вариант с приподнятым настроением, но раздражительностью, напряженностью, склонностью к агрессии. Дисфории наиболее часто наблюдаются при органических заболеваниях и эпилепсии.

Маниакальные состояния

Маниакальные состояния у детей более атипичны, чем у взрослых, и поэтому трудны в диагностике.

В.М.Башина указывает, что рудименты гипоманиакальных состояний у детей раннего возраста выражаются в дурашливом поведении, расторможенности влечений, неустойчивости реакций.

Детям дошкольного и младшего школьного возраста в норме свойственны жизнерадостное, приподнятое настроение, повышенная двигательная активность.

Г.Е.Сухарева считала, что о болезненном гипоманиакальном состоянии можно говорить при длительной эйфории, грубых нарушениях поведения с импульсивностью, непослушанием, склонности к грубым шалостям, многоречии.

При выраженном маниакальном состоянии, по наблюдению В.М.Башиной (1981), дети находятся все время в движении, кривляются, гримасничают, у них повышаются инстинкты и влечения, появляются прожорливость и сексуальная расторможенность. Обычно нарушено засыпание. В этом возрастном периоде на первый план в гипоманиакальном состоянии выступают психомоторные расстройства.

В препубертатном и младшем пубертатном возрасте (11–14 лет) эйфорическое настроение становится более заметным (Ковалев В.В., 1985), но ведущая роль принадлежит нарушениям поведения. Подростки многоречивы, двигательны активны, дурашливы, утрачивают чувство дистанции, хвастливы, прожорливы и эротичны («возбужденная мания»). Реже наблюдается «солнечная мания», когда подростки говорят о прекрасном настроении, все окружающее воспринимается в радужных тонах.

У старших подростков (15–18 лет) маниакальные и гипоманиакальные состояния близки к таковым у взрослых.

Типичные маниакальные состояния

Классическая триада маниакальных состояний выражена и в подростковом возрасте. Однако радужность настроения легко сменяется вспышками гнева, если пытаются подростку возразить или ограничить его деятельность. Чем младше подросток, тем более выражена гневливость и меньше радужное настроение. Мимика живая, даже утрированная, гримасы своеобразны, вычурны, похожи на гебефренические, но обычно соответствуют настроению и ситуации. Подростки живо реагируют на любое изменение ситуации, охотно берутся за любое дело, но быстро бросают, хватаются за новое, привлекающее их внимание. Речь у них быстрая, громкая, часто срывают голос (острый ларингит от перенапряжения голосовых связок).

Повышенное настроение способствует идеям величия, но они просты и свидетельствуют о переоценке своих возможностей, о будущих успехах (стать космонавтом, академиком и т.п.). Спят мало, но на бессонницу не жалуются.

Ни побеги, ни делинквентные, ни даже криминальные поступки не совершаются по заранее обдуманному плану, а по вдохновению, вследствие безудержного порыва. Типичные маниакальные состояния наблюдаются при маниакально-депрессивном и шизоаффективных психозах.

В подростковом возрасте чаще, чем типичную маниакальную картину, приходится наблюдать *атипичные варианты*.

Гневливая мания. Раздражительность и гневливость бывают настолько выражены, что затрудняют диагностику. А.Е.Личко указывал, что о мании можно догадаться по самоуверенной походке, бесцеремонности и бесстрашию в острых ситуациях. Повышенная активность проявляется в постоянных драках и конфликтах, которые все время меняются. Этот вариант мании наблюдается в младшем подростковом возрасте и при шизоаффективных психозах.

Делинквентный эквивалент маниакальных состояний. А.Е.Личко писал, что подростки в таком состоянии напоминают психопатов гипертимно-неустойчивого типа, они активны, общительны, но эйфории и солнечности не видно. Они ищут новых развлечений, привычная обстановка кажется им скучной, систематическая трудовая деятельность раздражает, они легко вступают в контакт с асоциальной компанией, выпивают, ведут активную сексуальную жизнь. Иногда уходят из дома, бродяжничают, совершают правонарушения, в которых часто играют роль лидера. Отличие от гипертимно-неустойчивых психопатов в том, что такое поведение — эпизод, который может внезапно закончиться и сам больной не может объяснить свое поведение. Делинквентный эквивалент наблюдается чаще у мальчиков.

Параноидная мания. На фоне повышенного настроения появляются бредовые идеи, не соответствующие настроению, чаще это бред преследования: за ним следят, действуют лучами, собираются причинить физический ущерб, обезобразить лицо и т.п. Высказывания сочетаются

с веселым настроением. Иногда наблюдаются более развернутые психотические состояния: синдром Кандинского—Клерамбо, псевдогаллюцинации. Бред величия бывает нелепый. Этот тип встречается при шизоаффективном психозе.

Астеноэксплозивная мания. Вспышки гнева при этом варианте нестойки и быстро истощаются, иногда завершаются слезами. Характерна суетливость, а не деятельность. Частые жалобы на головные боли, плохой сон, высказывания носят примитивный характер. Вегетативные реакции обычно выражены. Этот вариант наблюдается при черепно-мозговых травмах.

Спутанная мания. Настроение у больных приподнятое, но они растеряны, сознание изменено, больные не всегда понимают, где они находятся, что происходит вокруг, страдает ориентировка во времени, не могут судить о последовательности событий. Деятельность беспорядочная, напоминает кататоническое возбуждение. Такое состояние чаще наблюдается при экзогенных психозах.

10.3. Симптомы волевых нарушений

Воля — сознательное целенаправленное управление человеком своей деятельностью. Волевая активность присуща только человеку. Поведение животных обусловлено инстинктами и условно-рефлекторными связями. У человека в процессе социально-исторического развития образовались нормы приспособления к окружающей среде на основе дифференцированных условно-рефлекторных реакций и произвольного контролирования инстинктов.

В волевом процессе различают следующие этапы: 1) побуждение, осознание цели и стремление достичь ее; 2) осознание ряда возможностей достижения цели; 3) борьба мотивов и выбор; 4) принятие одного из возможных решений; 5) осуществление принятого решения.

Совокупность желаний, побуждений, стремлений, приобретающих характер мотивационной деятельности, составляет мотивационную сферу. В мотивационную сферу включаются как осознаваемые (волевые), так и недостаточно осознанные действия на основе различных побуждений (влечений, установок и т.п.).

Волевые нарушения могут относиться как к уровню побуждений к деятельности и осознания цели, т.е. формирования мотива, адекватности мотивов свойствам личности и ситуации, так и принятия решения, соответствующего поведения на всех этапах волевого процесса.

Нарушения волевых побуждений

Абулия (от греч. *bule* — воля), или дисбулия, — патологическое отсутствие желаний, побуждений к деятельности. За абулией обычно следует адинамия (греч. *adinamie* — бессилие) — уменьшение или полное прекращение двигательной активности организма или органа.

Абулия наблюдается при различных патологических процессах, прежде всего при шизофрении, при различных лобных поражениях и депрессиях.

Снижение волевой деятельности может привести к высвобождению низших действий — автоматизированных и инстинктивных.

Гипобулия — понижение волевой активности, бедность побуждений, бездеятельность, вялость, снижение двигательной активности, отсутствие желания общаться. Эти особенности часто отмечаются при депрессивных состояниях, шизофрении. Ослабление внимания, обеднение мышления, замедление речи могут наблюдаться при состояниях оглушенности.

Гипербулия — повышенная активность, обусловленная значительным числом побуждений к деятельности, часто меняющихся с целью их осуществления. Гипербулия наблюдается при маниакальных состояниях и паранойальном синдроме. При маниакальном состоянии продуктивность деятельности обычно мала из-за быстрой отвлекаемости больных, быстрой смены побуждений. При паранойальном синдроме активность односторонняя, обусловленная бредовыми мотивами.

Парабулия — извращение, изменение волевой активности. Побуждения к деятельности, мотивы и цели реализации извращены в связи с имеющимися у больного психопатологическими синдромами, например слуховыми галлюцинациями устрашающего характера, побуждающими к агрессивной деятельности и т.д.

Нарушения волевой деятельности

Нарушения волевой деятельности возможны на уровне принятия решения и на уровне перехода к осуществлению принятого решения. Навязчивые сомнения: больной после борьбы мотивов — идти в кино или к друзьям — принимает решение идти в кино, но после принятия этого решения снова возникают сомнения, и так бесконечно.

Ригидность принятого решения означает отсутствие его коррекции и гибкости в соответствии с изменившейся ситуацией. Больной из-за этих особенностей не может перейти к осуществлению решения, так как ситуация изменилась, а он не может принять другое решение с учетом изменившейся ситуации. Это наблюдается у ригидных эпилептоидных личностей.

Деятельность по типу «короткого замыкания» возникает внезапно в ответ на эмоциональное состояние: обиду, страх, отчаяние. При этом она совершается без достаточного осознания возможностей достижения цели и без борьбы мотивов. Это могут быть суицидальные действия, особенно характерные для подростков, а иногда и детей.

Д., 12 лет, после напряженной семейной сцены, во время которой родители серьезно стыдили и ругали его за то, что нанес серьезный урон их скудному семейному бюджету, потратив деньги на скачивание игр на

сотовый телефон, молча вышел из дома и не вернулся ночевать. На следующее утро его нашли повесившимся на дереве в соседнем парке.

10.4. Расстройства влечений

Потребности человека неразрывно связаны с влечениями, которые оказывают глубокое влияние на его поведение. Влечение — психический феномен, выражающийся внутренним напряжением и неосознанным или частично осознанным стремлением к удовлетворению потребностей, в основе которых лежат инстинкты. Влечение может быть преходящим состоянием, если представленная в нем потребность угасает, либо осознается, превращаясь в конкретное желание, намерение, мечту.

Учение о влечениях и их значении в психической жизни человека занимает одно из центральных мест в работах З.Фрейда. Несогласие со многими постулатами З.Фрейда, его абсолютизацией роли бессознательного, прежде всего инстинктов, в жизни человека и общества, привело к более широкому пониманию влечений, исходя из их основного свойства — отсутствия осознания. К ним стали относить неосознанное стремление к удовлетворению самых различных потребностей, включая социальные.

Общепринятой систематики расстройств влечения не существует. С позиций современного подхода в достаточной степени информативной представляется следующая классификация (Лусс Л.А., 1996):

- нарушения влечений, связанные с расстройствами в сфере инстинктов — пищевое, сексуальное (инстинкт продолжения рода) и связанное с инстинктом самосохранения;
- нарушения влечений, связанные с расстройствами воли;
- нарушения влечений, связанные с навязчивыми расстройствами;
- «социализированные» формы нарушений влечений.

10.4.1. Симптомы расстройств пищевого влечения

Булимия — усиление влечения к пище (от греч. bus — бык, limos — голод) — мучительный неутолимый голод, резко повышающий аппетит и приводящий к перееданию. Имеет полифакторную этиологию: имеют значение наследственность, гормональные, психологические и социальные факторы. К повышенному аппетиту и ожирению могут располагать семейная традиция употребления избыточного количества калорийной пищи, гормональные нарушения, связанные с эндокринными и другими соматическими заболеваниями или поражением головного мозга.

Повышенное влечение к еде у некоторых личностей, отличающихся завышенными требованиями к себе и окружающим, может сочетаться с депрессивным настроением, тревогой и страхом. При этом из-за опасения увеличения массы тела вслед за неограниченным потреблением пищи у таких личностей следует вначале искусственно вызываемая, а

в дальнейшем рефлексорная рвота, или они прибегают к приему слабительных.

По мнению представителей психосоматического направления, повышенное влечение к пище может являться выражением нарушений, связанных с длительно существующей неразрешимой для личности психотравмирующей ситуацией: удовлетворение от избыточного количества вкусной пищи как бы компенсирует отрицательные эмоциональные переживания.

Анорексия — ослабление (отсутствие) влечения к пище (от греч. а- — отрицание, *orexis* — желание, аппетит) может наблюдаться уже в раннем детском возрасте, выражаясь отказом от еды, отвращением к пище, избирательностью в еде, медленным пережевыванием пищи, задерживанием ее во рту, выплевыванием.

Истинная анорексия встречается редко, преимущественно у девочек-подростков и девушек, страдающих истерическими невротическими расстройствами, а также при декомпенсации истероидной или психастенической психопатии. В клинике истерических нарушений аноректическое поведение носит демонстративный характер и формируется по механизму «условной желательности», позволяя личности неосознанно избавляться от той или иной непереносимой для нее ситуации. У больных с психастеническими чертами, страдающих анорексией, демонстративность в поведении отсутствует, они тяготеют своим состоянием, нередко имеют место депрессивные переживания, навязчивые опасения, касающиеся своего здоровья и внешнего вида.

Истинную анорексию, отличающуюся упорством и рецидивированием характерных нарушений, необходимо дифференцировать с другими видами патологии, при которых имеет место потеря аппетита и массы тела, в частности с эндокринными и нейроэндокринными заболеваниями (диабет худых, синдром Шихана и др.). В подростковом и юношеском возрасте у девушек встречается синдром *нервной, или психической, анорексии*, связанный с сознательным болезненным ограничением приема пищи с целью похудения и приобретения желаемой фигуры. Последствиями нервной анорексии могут явиться: значительная потеря массы тела с явлениями истощения и кахексии, аменорея, выраженные соматические нарушения со стороны многих органов и систем. В наиболее тяжелых и запущенных случаях может наступить смерть.

Снижение аппетита или отказ от приема пищи могут иметь место в структуре синдромов психических расстройств. В таких случаях говорят о *вторичной анорексии* (бредовые, депрессивные состояния, галлюцинаторно-бредовые, кататонические синдромы). Особо значимы при этом сверхценные и бредовые идеи чрезмерной полноты. Вторичная анорексия также, в определенной степени, свидетельствует об ослаблении влечения к пище.

Парорексия, или **пикацизм** (от лат. *pica* — сорока), — извращение влечения к пище, чаще встречается у детей и выражается в форме поедания

несъедобных объектов (земли, мела и т.п.), в том числе собственных испражнений — *копрофагия* (от греч. *kopros* — кал, *phagos* — пожирающий). Бывает у лиц, страдающих выраженной умственной отсталостью, при некоторых формах шизофрении.

Полидипсия (от греч. *polydipsios* — испытывающий сильную жажду) — хроническое чрезмерное потребление или периодическое потребление очень больших количеств воды (жидкости). *Первичная полидипсия*, связанная с раздражением центров жажды при нормальном содержании воды в организме, может быть идеопатической (наследственной) или психогенной. *Психогенная полидипсия* встречается у женщин в период менопаузы. Помимо полидипсии у таких больных отмечаются нарушения личности и поведения, эмоциональные расстройства. Полидипсия может быть обусловлена другими психическими расстройствами, например бредовыми или галлюцинаторно-бредовыми при шизофрении. Психогенную полидипсию необходимо дифференцировать с несахарным диабетом, причинами которого могут явиться органические заболевания головного мозга (опухоли гипоталамо-гипофизарной области, посттравматические, сосудистые изменения).

10.4.2. Расстройства инстинкта самосохранения

Повышение инстинкта самосохранения у детей проявляется боязнью новизны, незнакомых лиц и объектов. У взрослых в качестве усиления инстинкта самосохранения и связанного с ним влечения к максимальному продлению жизни, с определенной степенью условности, можно рассматривать ипохондрию, в частности одну из ее форм, обозначаемую иногда как «ипохондрия здоровья», встречающуюся чаще у мужчин. Переживания и поведение лиц, которым свойственны подобные отклонения, сконцентрированы на сохранении здоровья и «продлении жизни». Основные усилия их сосредоточены на улучшении самочувствия, бесконечном физическом совершенствовании, для чего используются разнообразные методы закаливания, питания, физические упражнения и т.д.

Ослабление инстинкта самосохранения может выражаться в форме *аутодеструктивных действий* — нанесении физического ущерба тканям тела (самоповреждение или самокалечение). Встречается чаще всего при шизофрении (Левина С.Д., 2006). К этой группе расстройств можно отнести случаи увлечения пирсингом у подростков, юношей и девушек, а иногда и взрослых лиц, которые используют введение в различные части тела многочисленных металлических предметов, несмотря на риск возникновения при этом осложнений, порой опасных для жизни. В детском и подростковом возрасте иногда встречается *трихотилломания* (от греч. *trichos* — волос, *tillo* — выдергивать) — стремление выдергивать, а иногда и заглатывать собственные волосы.

Аутоагрессивные действия, предпринимаемые с целью суицида (чаще всего носящего демонстративный характер), также можно расценивать как ослабление инстинкта самосохранения. Аутоагрессивное поведение

характерно прежде всего для лиц с патологией характера преимущественно возбудимого, неустойчивого, истероидного и эпилептоидного типов. Особое значение при этом придается наличию резидуальной церебрально-органической недостаточности. Подобное поведение, обусловленное расстройством влечений, с известными оговорками, следует отличать от сознательной аутоагрессии при истинных суицидальных попытках, так как среди специалистов-суицидологов есть как сторонники, так и противники трактовки суицидов с позиций ослабленного, подавленного инстинкта самосохранения.

Выражением *извращенного инстинкта самосохранения* можно считать, с некоторой условностью, *агрессивное поведение*. Как проявление *гетероагрессии* можно рассматривать действия детей, отмечающиеся уже в раннем возрасте: удары, укусы, плевики, направленные против родственников, других детей, посторонних людей, часто без видимых причин. В детском, подростковом, юношеском возрасте, а также у взрослых гетероагрессивное поведение выражается частым провоцированием конфликтов, с угрозами, драками и нанесением повреждений окружающим. Более характерны гетероагрессивные действия для глубоких психопатов, часто имеющих органическую церебральную недостаточность, возбудимого, неустойчивого и эпилептоидного круга. Они могут встречаться и при шизофрении, эпилепсии и резидуально-органических психопатоподобных состояниях. Агрессивные действия больных шизофренией отличаются немотивированностью, вычурностью, особой жестокостью, садистическими признаками. У больных эпилепсией агрессия носит пароксизмальный, брутальный характер и возникает часто на фоне дисфории или сумеречного помрачения сознания.

10.4.3. Расстройства полового влечения – см. главу 29

10.4.4. Нарушения влечений, связанные с расстройствами воли

К этой группе расстройств относятся так называемые *импульсивные влечения*, характеризующиеся внезапностью возникновения, отсутствием мотивированности и стремлением к обязательной реализации. В качестве предвестников отмечаются нарастание аффективной напряженности до реализации влечения, доминирование возникшего побуждения в сознании с отсутствием борьбы мотивов и подавлением других побуждений, мыслей и желаний, настойчивое малоосознанное стремление к осуществлению возникшего побуждения. Первичной реакцией на реализованное влечение является чувство успокоения и удовольствия, сменяющееся затем последующей критической самооценкой с элементами раскаяния. К импульсивным влечениям и действиям относятся *пиромания* (влечение к созерцанию огня и совершению поджогов), *дромомания* (влечение к бродяжничеству и побегам из дома), *клеттомания* (немотивированное влечение к кражам, присвоению

чужих, часто ненужных, бесполезных и однообразных вещей). В эту группу расстройств можно отнести также *копролалию* — импульсивное произнесение бранных слов и нецензурных ругательств — и *мифоманию* — непреодолимое влечение к вранью, обману, нередко в ущерб собственным интересам. Импульсивные расстройства влечений и действий имеют сложные механизмы формирования, чаще связаны с патологией характера на почве органической недостаточности головного мозга. Копролалия может наблюдаться при синдроме Жилия де ла Туретта. Мифомания типична для истерической психопатии. Импульсивные влечения и связанные с ними действия — немотивированные или пароксизмально возникающие на фоне аффективно-суженного сознания, входят в структуру кататонических синдромов и сумеречного состояния сознания.

10.4.5. Нарушения влечений, связанные с навязчивыми расстройствами

Навязчивые влечения — *компульсии* (от лат. *compulsum* — принуждать) появляются помимо воли больного, вопреки его разуму, воле и чувствам, не отражая его интересов. Внезапное появление желания совершить какое-либо бессмысленное, часто опасное действие сопровождается страхом и тревогой. Например, желание ударить прохожего по лицу, сказать ему гадость, оскорбить его, нанести повреждение соседу или близкому родственнику, сбросить с верхнего этажа на голову прохожих тяжелый предмет или броситься самому с высоты или под движущийся транспорт и т.п. Возникающий при этом страх связан не только с представлением о возможности подобных действий, но и с непонятностью появления чуждого влечения. При этом сохраняется критическое отношение к своему поведению и навязчивые влечения, сопровождаемые мучительными опасениями возможности их осуществления, как правило, никогда не реализуются, что отличает их от импульсивных действий. Встречаются навязчивые влечения при невротических синдромах у личностей обсессивно-компульсивного типа или при неврозоподобной шизофрении в структуре так называемых *контрастных навязчивостей*.

10.4.6. «Социализированные» формы нарушений влечения

К данной группе следует отнести расстройства, включающие отдельные признаки расстройств влечения из первых трех групп. Это касается прежде всего *патологического влечения к употреблению психоактивных веществ* (ПАВ). Патологическое влечение к алкоголю может проявляться в виде *истинной дипсомании* (от греч. *dipsa* — жажда, *mania* — одержимость, страсть) — непреодолимым влечением к пьянству, сопровождаемым тяжелыми алкогольными эксцессами. Влечение сопоставимо с витальными потребностями (голодом, жаждой) и всегда реализуется, несмотря на критическое отношение к нему больного. Истинные дипсомании носят фазный характер и, как правило, связаны с аффектив-

ной патологией (депрессией) или пароксизмальными расстройствами (дисфории) при эпилепсии или эпилептоидной психопатии. Патологическое влечение к спиртному при алкоголизме, а также к другим видам ПАВ, называемое часто в наркологии компульсивным, не может быть отнесено к навязчивому типу расстройств влечения, так как оно, как правило, реализуется, несмотря на присутствие у больного критики и элементов борьбы мотивов.

Также широкое распространение получили, особенно в последние годы, так называемые *нехимические виды зависимого поведения*, в основе которых лежит патология влечений.

Лудомания (от лат. ludos — игра), или гемблинг (англ.), — непреодолимое влечение к азартной игре, желание сыграть, жажда самого процесса игры.

Ониомания (от греч. оноу — покупать), или шопоголизм (англ.), — страсть, одержимость, влечение совершать ненужные покупки.

Невозможность контролировать свое поведение, отсутствие пределов насыщения часто приводят к обнищанию и накоплению долгов.

Новым видом зависимости, приобретающим все большую распространенность, является *компьютеромания* и *Интернет-зависимость*.

Выявление расстройств влечения

Особенности влечений и их нарушения оказывают опосредованное, но глубокое влияние на поведение человека. Так, анорексия нередко приводит к физическому истощению, вплоть до кахексии, а иногда и к летальному исходу. В старческом возрасте обычно имеет место постепенное угасание влечений. В то же время при возникновении старческого (атрофического) или сосудистого слабоумия у больных могут нарастать прожорливость, своеобразная гиперсексуальность (повышенный интерес к эротическим темам, развратные действия с малолетними).

В повседневной клинической практике выявление расстройств влечения основывается на анамнестических сведениях (в первую очередь объективных), оценке физического статуса (масса тела, состояние эндокринных функций, выраженность вторичных половых признаков и др.), наблюдении за поведением пациента и отчасти на его самоотчете. Необходимо учитывать, что больные нередко скрывают имеющиеся у них патологические влечения, стыдясь их и пытаясь ввести окружающих в заблуждение.

10.4.7. Особенности расстройств влечений у детей и подростков

Синдром патологии влечений относится к так называемым предпочтительным синдромам в детско-подростковом возрасте. Расстройства влечений в детско-подростковом возрасте характеризуются большой распространенностью, выраженными возрастными специфическими особенностями и высокой социальной опасностью.

Г., 8 лет, постоянно стремится наблюдать открыто горящий огонь, на лице ребенка при этом выражение восторга, ищет в доме спички (родители принципиально не держат их в доме и прячут от него зажигалки, так как в доме газовая плита), неоднократно сам пытался зажечь плиту, свечи, в результате поджег квартиру, совершил поджог стога сена у соседей, будучи у бабушки в деревне, постоянно рисует огонь, пожары.

С., 13 лет, страдает трихотилломанией. Очень воспитанная, ответственная, отличница. В 10 лет после ссоры с учительницей и одноклассниками, вставшими на сторону учительницы, переживала, отказывалась идти в школу. Родители настояли на переводе в другой класс, продолжала отлично учиться, появилось желание выдергивать волосы на голове. Скрывала это от окружающих, ходила в косынке. Самостоятельно справиться со своим желанием она не могла. Родители консультировались у дерматолога, но тот расценил состояние девочки как распушенность и не рекомендовал какое-либо лечение. Постепенно голова стала практически безволосой, после чего девочка принялась за брови, ресницы, начавшие расти волосы под мышками и на лобке. Когда волос и на этих местах не осталось, родители решили показать дочь психиатру.

А., 12 лет. Наследственность отягощена по алкоголизму по линии матери. Отец злоупотреблял наркотиками, воровал, умер от передозировки, когда мальчику было 3 года. Ребенок родился в асфиксии в связи с тяжелыми родами у матери. Отмечалась задержка психофизического развития, затем догнал сверстников в развитии. До 2 лет был капризным, затем по характеру стал тихим, робким, стеснительным. С 2 лет стала отмечаться тяга к воровству, преимущественно воровал у родных, затем в детском саду у детей и воспитателей. Такое поведение ничем не корректировалось, уговоры и наказания не помогали. Воровство продолжалось в течение всего периода обучения в школе. Учителя и учащиеся были предупреждены о таком его поведении. В пубертатном возрасте стал более вспыльчивым, грубым. Совершил кражу крупной суммы денег у собственной бабушки, был поставлен на учет в милиции. После того как мать обнаружила его занимающимся мастурбацией в присутствии двух младших сестер, обратились к психиатру с просьбой о стационарном лечении.

Неразрывная связь влечений с инстинктами обуславливает возможность появления нарушений влечений уже в раннем детском возрасте. Относительно большее распространение имеют нарушения влечений в подростковом и юношеском возрасте. Синдром патологии влечений имеет общие и возрастные специфические особенности проявлений у детей и подростков. К первым относятся фрагментарность проявлений патологических влечений, психопатологическая незавершенность, изменение их направленности у одних и тех же больных в зависимости от возраста (например, влечение к воровству сменялось агрессивно-садистическими влечениями, агрессивно-садистические влечения сменялись влечением к бродяжничеству и т.д.). Возрастная специфичность

закljučается в преобладании у детей младшего возраста нарушений влечения, связанных с расстройствами в сфере инстинктов (анорексия, парорексия, гетеро- и аутоагрессия). Позже появляются импульсивные формы расстройств влечения (дромомания, клептомания, пиромания, мифомания). «Социализированные формы» расстройств влечения характерны для подросткового и юношеского возраста. Реже всего в детско-подростковом возрасте встречаются навязчивые формы расстройств влечения.

Глава 11.

ПСИХОМОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

11.1. Симптомы и синдромы психомоторных расстройств

Под *психомоторикой* понимают совокупность сознательно управляемых двигательных действий. Симптомы психомоторных расстройств могут быть представлены затруднением, замедлением выполнения двигательных актов (*гипокинезия*) и полной обездвиженностью (*акинезия*) либо симптомами *двигательного возбуждения* или *неадекватностью движений* (*паракинезии*).

К симптомам с затруднением двигательной активности относят следующие расстройства:

- каталепсия, восковая гибкость, при которой на фоне повышенного мышечного тонуса у больных возникает способность сохранять на длительное время приданную им позу;
- симптом воздушной подушки, относящийся к проявлениям восковой гибкости и выражающийся в напряжении мышц шеи, при этом больной застывает с поднятой над подушкой головой;
- симптом капюшона, при котором больные лежат или сидят неподвижно, натянув одеяло, простынь или халат на голову, оставив открытым лицо;
- пассивная подчиняемость — состояния, когда у больного не возникает сопротивления изменениям положения его тела, позы, положения конечностей, в отличие от каталепсии тонус мышц не повышен.

Негативизм характеризуется немотивированным сопротивлением больного действиям и просьбам окружающих. Выделяют *пассивный негативизм*, который характеризуется тем, что больной не выполняет обращенную к нему просьбу, при попытке поднять с постели сопротивляется напряжением мышц; при *активном негативизме* больной выполняет противоположные требуемым действия. На просьбу открыть рот сжимает губы, когда ему протягивают руку, чтобы поздороваться,

прячет руку за спину. Больной отказывается есть, но когда убирают тарелку, хватает ее и быстро съедает пищу.

Мутизм (молчание) — состояние, когда больной не отвечает на вопросы и даже знаками не дает понять, что он согласен вступить в контакт с окружающими.

К симптомам с двигательным возбуждением и неадекватностью движений относятся:

- импульсивность — больной внезапно совершает неадекватные поступки, убегает из дома, совершает агрессивные действия, нападает на других больных и т.п.;
- стереотипии — многократное повторение одних и тех же движений;
- эхопраксия — повторение жестов, движений и поз окружающих;
- эхолалия — повторение слов и фраз окружающих;
- парамимия — несоответствие мимики больного поступкам и переживаниям;
- вербигерация — повторение одних и тех же слов и фраз;
- миморечь, мимоговорение — несоответствие по смыслу ответов задаваемым вопросам.

Двигательные расстройства могут быть представлены ступорозными состояниями, двигательным возбуждением, различными навязчивыми движениями, действиями и припадками.

11.1.1. Ступорозные состояния

Ступорозные состояния, ступор — полная обездвиженность с мутизмом и ослабленными реакциями на раздражение, в том числе на болевое. Выделяют различные варианты ступорозных состояний: **кататонический, реактивный, депрессивный ступор**. Наиболее часто наблюдается **кататонический ступор**, развивающийся как проявление кататонического синдрома и характеризующийся пассивным негативизмом или восковой гибкостью или (в наиболее тяжелой форме) резкой мышечной гипертонией с оцепенением больного в позе с согнутыми конечностями.

Находясь в ступоре, больные не вступают в контакт с окружающими, не реагируют на происходящие события, различные неудобства, шум, мокрую и грязную постель. Они могут не пошевелиться, если случаются пожар, землетрясение или какие-то другие экстремальные события. Больные обычно лежат в одной позе, мышцы напряжены, напряжение чаще начинается с жевательной мускулатуры, затем спускается на шею, позднее распространяется на спину, руки и ноги. В этом состоянии отсутствует эмоциональная и зрачковая реакция на боль. **Симптом Бумке** — расширение зрачков на боль — отсутствует.

Выделяют **ступор с восковой гибкостью**, при котором, кроме мутизма и обездвиженности, больной длительное время сохраняет приданную позу, застывает с поднятой ногой или рукой в неудобной позе. Часто наблюдается **симптом Павлова**: больной не реагирует на вопросы, задан-

ные обычным голосом, но отвечает на шепотную речь. По ночам такие больные могут иногда вставать, ходить, приводить себя в порядок, есть и отвечать на вопросы.

Негативистический ступор характеризуется тем, что, при полной обездвиженности и мутизме, любая попытка изменить позу больного, поднять его или перевернуть вызывает сопротивление или противодействие. Такого больного трудно поднять с постели, но, подняв, невозможно снова уложить. При попытке ввести в кабинет больной оказывает сопротивление, не садится на стул, но, усаженный, не встает, активно сопротивляется. Если врач протягивает ему руку, он прячет свою за спину, хватается пищу, когда ее собираются унести, замуривает глаза на просьбу открыть, отворачивается от врача при обращении к нему с вопросом, поворачивается и пытается говорить, когда врач уходит, и т.п.

Ступор с мышечным оцепенением характеризуется тем, что больные лежат во внутриутробной позе, мышцы напряжены, глаза закрыты, губы вытянуты вперед (*симптом хоботка*). Больные отказываются от еды, их приходится кормить через зонд.

При **субступорозных состояниях** обездвиженность неполная, мутизм сохраняется, но больные могут произносить несколько слов, иногда спонтанно. Такие больные медленно передвигаются по отделению, застывая в неудобных, вычурных позах. Отказ от еды неполный, чаще всего едят из рук персонала или родных.

При **депрессивном ступоре** при почти полной обездвиженности для больных характерно депрессивное, страдальческое выражение лица. С ними удастся вступить в контакт, получить односложный ответ. Больные в депрессивном ступоре редко бывают неопрятны в постели. Такой ступор может внезапно смениться острым состоянием возбуждения — меланхолическим раптусом, при котором больные вскакивают с постели, наносят себе повреждения, могут разорвать рот, пытаются вырвать глаз, разбить голову, рвать на себе белье, царапать себя, могут с воем кататься по полу. В таком состоянии больные могут совершить суицидальную попытку.

Депрессивный ступор наблюдается при тяжелых эндогенных депрессиях.

При **апатическом ступоре** больные обычно лежат на спине, не реагируют на происходящее, тонус мышц понижен. На вопросы отвечают односложно, с большой задержкой. При контакте с родственниками реакция адекватная эмоциональная. Сон и аппетит нарушены. Больные часто неопрятны в постели. Апатический ступор наблюдается при затяжных соматогенных психозах, при энцефалопатии Гайе—Вернике.

11.1.2. Состояния двигательного возбуждения

Психомоторное возбуждение — психопатологическое состояние с выраженным усилением психической и двигательной активности. Выделяют кататоническое, гебефреническое, маниакальное, импульсивное и другие варианты возбуждения.

Кататоническое возбуждение проявляется манерными, вычурными, импульсивными, некоординированными, иногда ритмичными, однообразно повторяющимися движениями и говорливостью, вплоть до бессвязности. Поведение больных лишено целенаправленности, импульсивно, однообразно, наблюдается повторение действий окружающих (*эхопраксия*). Мимика не соответствует каким-либо переживаниям, отмечается вычурное гримасничанье. Кататоническое возбуждение может принимать характер растерянно-патетического, негативизм сменяется пассивной подчиняемостью.

Выделяют *люцидную кататонию*, при которой кататоническое возбуждение сочетается с другими психопатологическими симптомами: бредом, галлюцинациями, психическими автоматизмами, но без помрачения сознания — и *онейроидную кататонию* с онейроидным помрачением сознания.

Гебефреническое возбуждение проявляется нелепо-дурашливым поведением (гримасничанье, кривляние, немотивированный смех и т.п.). Больные прыгают, скачут, передразнивают окружающих, пристают к ним с нелепыми или циничными вопросами, дергают окружающих, толкают, иногда катаются по полу. Настроение чаще повышенное, но веселость может быстро смениться плачем, рыданиями и циничной бранью. Речь ускорена, много вычурных слов, неологизмов.

Маниакальное возбуждение проявляется повышенным настроением и самочувствием, характеризующимся выразительной мимикой и жестами, ускорением ассоциативных процессов и речи, усиленной, часто беспорядочной деятельностью. Однако каждое действие больного носит целенаправленный характер, но так как быстро меняются побуждения к деятельности и отвлекаемость, то ни одно действие не доводится до конца, поэтому состояние производит впечатление хаотического возбуждения. Речь также ускоренная, доходящая до скачки идей.

Импульсивное возбуждение начинается внезапно. Больные вскакивают, бегут, хватают и ломают вещи, попадающиеся на пути, проявляют агрессию к незнакомым лицам, бьют их, пытаются душить. Внезапно совершают суицидальные попытки, бросаются под движущийся транспорт, выскакивают на балкон, чтобы выброситься с него или начинают бегать, браниться, речь обычно бессвязная.

11.1.3. Особенности двигательных расстройств у детей и подростков

Моторика грудного ребенка зависит, с одной стороны, от воздействия на его органы чувств внешних раздражителей, с другой — от физического состояния ребенка, от того, голоден он, холодно ли ему, и от ритма сердца и дыхания. Иными словами, моторная деятельность ребенка является выразителем степени его благополучия и управляется инстинктами (Г.К.Ушаков).

К концу первого года жизни ребенка моторная деятельность приобретает иной характер. С этого периода моторикой начинают руково-

дить корковые механизмы, т.е. появляется целенаправленность в двигательной активности. Развитие речи характеризуется формированием высокого уровня дифференциации моторики. В развитии моторики существует тесная связь аффективности и моторики, что проявляется в формировании выразительных движений и мимических реакций.

В развитии ребенка большое значение имеет игровая деятельность. К концу первого года развития ребенка появляются подражательные или обучающие игры, ребенок, играя, совершает более сложные действия, подражая взрослым. Игра здорового ребенка всегда носит активный и творческий характер, совершенствуется за счет усложнения игровой ситуации.

При нарушении развития ребенка игровая деятельность утрачивает творческий характер, появляются однообразные, стереотипные действия, игрушки не используются в игровой деятельности. Например, ребенок не играет машинкой, а стереотипно крутит ее в руках. Иногда дети для игры используют другие предметы: девочка носит в руках коробочку, разговаривает с ней, укладывает спать и т.д.

Проявления *кататонического ступора* наблюдаются в 3—5 лет и выражаются в кратковременных застываниях, например, ребенок застывает с ложкой, поднесенной ко рту. Эти состояния рассматриваются как рудименты восковой гибкости. В младшем школьном возрасте наблюдаются состояния с мышечным напряжением и внутриутробной позой. Весьма частым является мутизм. Временами ребенок начинает говорить, но речь не служит средством общения, он говорит сам с собой или монологом.

В младшем школьном и пубертатном возрасте клиническая картина кататонического ступора становится похожей на ступорозные состояния у взрослых, с явлениями пассивного и активного негативизма. Наряду с этим иногда наблюдаются короткие периоды с двигательной заторможенностью и застыванием в различных позах.

Девочка, 12 лет, по словам родителей, внезапно увлеклась балетом и часами стояла на цыпочках, не отвечала на вопросы, отказывалась от еды. Такое состояние продолжалось 3 дня, затем стала вести себя обычно, не могла объяснить свое поведение. «Балетом» больше не интересовалась.

К двигательным расстройствам относится *синдром гиперактивности* (гипердинамический, гиперкинетический, общей двигательной заторможенности), который наблюдается в возрасте от 1,5 до 15 лет, но наиболее отчетливо проявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте. Он характеризуется сочетанием общего двигательного беспокойства, неусидчивости, большого числа лишних движений, нецеленаправленности и импульсивности поступков с повышенной аффективной возбудимостью, эмоциональной лабильностью и нарушением внимания. Для этого синдрома характерны нарушения школьной адаптации из-за нарушенного поведения (В.В.Ковалев).

Кататоническое возбуждение у детей раннего и дошкольного возраста проявляется в стереотипных движениях, подпрыгиваниях, беге по кругу («манежный бег»), выкрикивании отдельных слов, появлении в речи неологизмов, эхосимптомов, в вычурности движений, гримасничании.

В младшем школьном и пубертатном возрасте кататоническое возбуждение напоминает такое состояние у взрослых, обычно выражено речевое возбуждение, больные говорят не умолкая, характерна речь типа монолога, импульсивные поступки, эхосимптомы, вербигерация и др. У подростков кататоническое возбуждение сопровождается дурашливостью и другими гебефреническими проявлениями.

11.2. Навязчивые действия

Навязчивые действия — непреодолимое стремление совершить то или иное движение или действие. Существуют навязчивые движения, которые совершаются без аффективного компонента (**тикоидные** или **тикоподобные**), например, передергивание плечами, надувание щек, потирание рук, навязчивое напевание мелодий и т.п. Усилием воли можно подавить эти навязчивые действия, но они возникают снова.

Навязчивые действия могут быть связаны с навязчивыми сомнениями: бесконечная проверка, закрыл ли дверь, выключил ли газ и т.п.

К навязчивым действиям относятся и **ритуалы** — простые или сложные движения и действия, которые больной выполняет против своей воли и разума для предотвращения воображаемого несчастья.

Ритуалы совершаются при различных навязчивых состояниях. Невыполнение ритуала вызывает у больного тревогу и усиление навязчивостей. Действия при выполнении ритуалов различны, например, больной не должен наступать на трещины на тротуаре, входя в помещение должен повернуться вокруг своей оси. В ряде случаев ритуалы превращаются в такую сложную систему, что больной занят только их выполнением и становится совершенно нетрудоспособным.

Навязчивые действия у детей

Наиболее часто у детей дошкольного и младшего школьного возраста наблюдаются тикоподобные действия: моргание, гримасничание, подергивание головой, руками и др. Ребенок на какой-то период может удержаться от этих действий, например, в классе, а оставшись один или придя домой, многократно выполняет навязчивые действия. Навязчивыми действиями у детей и подростков является мытье рук, многократная проверка книг и тетрадей в сумке. Много времени занимают ритуалы, связанные с системой одевания, когда вещи должны надеваться в определенной последовательности, чтобы не случилось какой-нибудь неприятности. Если родители поторопили ребенка и нарушили его систему, то он должен все начать с начала.

Ребенок или подросток, испытывающий страх за свое здоровье или здоровье родителей, совершает ритуальные действия, которые могут но-

сить символический характер, у некоторых наблюдается так называемое «магическое число»: сколько раз он должен дотронуться до стены или сколько раз перепрыгнуть ступеньки, чтобы не случилось несчастье.

11.3. Судорожные формы пароксизмов

Под *припадком* понимают внезапно возникшее кратковременное, обычно многократно повторяющееся, четко ограниченное во времени болезненное состояние (потеря сознания, судороги и т.п.)

Большой судорожный припадок

В развитии большого судорожного припадка (*grand mal*) различают несколько стадий: предвестников, ауры, фазы тонических и клонических судорог, постприпадочной комы, переходящей в сон.

За несколько дней или часов до припадка у части больных наблюдаются предвестники: головная боль, чувство дискомфорта, недомогания, раздражительность, пониженное настроение, снижение работоспособности.

Аура (дуновение) — это уже начало самого припадка, но сознание еще не выключено, поэтому аура остается в памяти больного. Проявления ауры различны, но у одного и того же больного она всегда одинакова. Аура наблюдается у 38–57% больных.

Аура может носить галлюцинаторный характер: перед припадком больной видит различные картины, чаще устрашающие — убийства, кровь. Одна больная каждый раз перед припадком видела, как в комнату вбегает маленькая черная женщина, прыгает к ней на грудь, разрывает ее, хватая за сердце, и начинается припадок. Больной может перед припадком слышать голоса, музыку, ощущать неприятные запахи и т.п.

Выделяют висцеральную ауру, при которой ощущение начинается обычно в области желудка, «сжимает, перекачивает», иногда появляется тошнота, «спазм» поднимается вверх и начинается припадок.

Перед припадком могут остро возникать нарушения схемы тела и деперсонализационные расстройства. Иногда больные перед припадком переживают состояние необыкновенной ясности восприятия окружающего, подъема, экстаза, блаженства, гармонии во всем мире.

Тоническая фаза. Внезапно наступают потеря сознания, тоническое напряжение произвольной мускулатуры и больной падает как подкошенный, прикусывает язык, при падении издает своеобразный крик, обусловленный прохождением воздуха через суженную голосовую щель при сдавлении грудной клетки тонической судорогой.

Останавливается дыхание, бледность кожных покровов сменяется цианозом, отмечается непроизвольное мочеиспускание и иногда дефекация. Зрачки на свет не реагируют.

Продолжительность тонической фазы не более 1 мин.

Клоническая фаза. После тонической фазы появляются различные клонические судороги. Восстанавливается дыхание, изо рта выделяется пена, часто окрашенная кровью из прикушенного языка или губы. Дли-

тельность этой фазы 2–3 мин. Постепенно судороги стихают и больной погружается в коматозное состояние, переходящее в сон.

После припадка могут наблюдаться дезориентировка и олигофазия.

Другие виды припадков

Абортивные припадки развиваются в той же последовательности, но одна из фаз (тоническая или клоническая) выпадает.

Малый припадок (*petit mal*). Не существует единого мнения, какие расстройства принадлежат к этой группе. К малым припадкам относят абсансы, пикнолептические, миоклонические и акинетические приступы.

Пикнолептический припадок характеризуется мгновенным застыванием, исключением сознания, бледностью, слюнотечением ретропульсивными движениями: закатыванием глазных яблок, запрокидыванием головы. Эти припадки наблюдаются у детей раннего и дошкольного возраста.

Акинетический припадок продолжается до нескольких минут, протекает с потерей сознания и обездвиженностью при сохранении мышечного тонуса.

У детей раннего возраста они характеризуются разнообразными судорожными движениями вперед: «кивки» и «клевки» (внезапные резкие движения головой вперед и вниз, во время которых ребенок может получать ушибы лба и лица), салаамовы припадки (внезапное сгибание тела, наклон вперед и разведение рук — напоминает позу мусульманского приветствия). Салам — припадки встречаются преимущественно у мальчиков от 3 до 7 лет.

Заболевание с очень кратковременными и частыми ретропульсивными припадками или абсансами выделяют в особую форму — *пикнолепсию* (*пикноэпилепсию*), которая имеет относительно благоприятное течение.

Миоклонические (импульсивные) припадки проявляются внезапным вздрагиванием или толчкообразными движениями обычно в верхних конечностях, при этом больные роняют предметы из рук или отбрасывают их в сторону. Миоклонические приступы реже наблюдаются в ногах, больной внезапно падает или только приседает. Сознание во время приступов сохранено.

Синдром Леннокса—Гасто наблюдается в возрасте 2–8 лет и характеризуется триадой приступов: пароксизмы падений; тонические приступы и атипичные абсансы.

Катаплектический припадок — мгновенное падение мышечного тонуса — может возникнуть в связи с аффективным состоянием (даже при смехе). Больной обычно падает, но так как тонус мышц понижается, то больной чаще оседает, «обмякает». Сознание не выключается, воспоминания сохраняются.

Нарколептический припадок характеризуется внезапным непреодолимым наступлением сонливости. Сон непродолжительный глубокий, больные часто засыпают в неудобных позах и в неподходящем месте.

Таблица 3

Различия между эпилептическими и истерическими припадками

Признаки	Эпилептический припадок	Истерический припадок
Начало	Внезапное	Психогенное
Сознание	Выключено	Аффективно-сужено
Падение	Как подкошенный	Осторожно оседают
Фазы судорог	Имеют место	Отсутствуют
Зрачки	Не реагируют на свет	Реагируют
Длительность	До 3–4 мин	30 мин и более
Время суток	Ночью, в одиночестве	Днем, в присутствии людей
Повреждения	Прикус языка, ушибы	Отсутствуют
Движения	Ограничены фазами при- падка	Размашистые, выразительные, демонстративные
После припадка	Кома с переходом в сон	Плач, рыдания, смех

После пробуждения восстанавливается психическая деятельность, появляются чувство бодрости, прилив сил.

Эпилептический дизэнцефальный (вегетативный) припадок характеризуется вегетативными расстройствами, возникающими изолировано или в сочетании с сенсорными (сенестопатиями) и двигательными нарушениями, сопровождающимися аффектом страха или тревоги.

Истерический припадок возникает в связи с психической травмой, часто в присутствии других лиц. Сознание при этом грубо не нарушено, имеет место только аффективная суженность сознания. Падение обычно осторожное, «обессиленное опускание».

Последовательной смены тонической и клонической фаз не наблюдается. Продолжительность припадка более длительная, чем при большом судорожном припадке, и зависит от количества «зрителей». Движения обычно размашистые, напоминают психогенную ситуацию. И сопровождаются часто демонстративными позами. Больной катается по полу или постели, бьет ногами и руками, выгибается дугой, дрожит всем телом, кричит, стонет, плачет. Непроизвольного мочеиспускания и дефекации не наблюдается (табл. 3).

К **очаговым припадкам** относят джексоновские припадки, адверсивные и кожевническую судорогу.

Джексоновский припадок — это обычно фокальный эпилептический припадок коркового происхождения, начинающийся на одной половине тела тоническими и клоническими судорогами пальцев рук и ног, локализованными или распространяющимися на всю половину тела, Сознание утрачивается в тех случаях, когда генерализованные судороги переходят на другую половину тела.

Адверсивный припадок (от лат. *adversio* — отведение) характеризуется поворотом глаз, головы или всего туловища в сторону, противоположную очагу в головном мозге.

При *кожевнической судороге* наблюдаются постоянные судорожные подергивания в мышцах конечностей. Интенсивность их нарастает и завершается генерализованным припадком, после которого судорожные подергивания конечностей сохраняются.

При *психомоторных припадках* наблюдается внезапное возникновение автоматизированных движений, сопровождающееся сумеречным помрачением сознания.

У детей чаще всего наблюдаются оральные автоматизмы, проявляющиеся приступами глотания, жевания, сосания, которые сопровождаются нарушением сознания.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста психомоторные припадки проявляются различными простыми действиями: хлопанием в ладоши, подпрыгиванием, вращением вокруг своей оси, выкрикиванием отдельных слов. Иногда больные совершают более сложные действия, например ребенок начинает раздеваться или берет чужие вещи и уносит их и т.п.

Бессудорожные формы пароксизмов

Амбулаторный автоматизм (от лат. *ambulare* — ходить, приходить) характеризуется автоматически совершаемой ходьбой, бегом, переходом или переездом в другое место.

Иногда больные совершают длительные переезды, например уезжают в другой город и не помнят, как они это сделали.

К амбулаторным автоматизмам относятся снохождения (сомнамбулизм), при котором больной ночью встает с постели, бродит по квартире, совершает различные автоматические действия, о которых утром не помнит. Для снохождений характерна стереотипность движений и невозможность вступить в контакт из-за нарушенного сознания. При невротических нарушениях сна со снохождениями больного можно разбудить.

Панические атаки (F-41.0 по МКБ-10) — приступы интенсивного страха длительностью не более получаса—часа, возникающие внезапно, часто на фоне психотравмирующей ситуации, и проявляющиеся соматовегетативными пароксизмами: сердцебиением, затрудненным дыханием, головокружением, мышечной слабостью, дурнотой, паническим страхом смерти или сумасшествия.

Панические атаки склонны повторяться, особенно в ситуациях, ограничивающих передвижение, например, в метро, в наземном транспорте, в закрытых помещениях.

Паническое расстройство у детей наблюдается обычно в возрасте 5—10 лет и проявляется в виде выраженных повторяющихся страхов, переживания паники. Приступы паники обычно возникают внезапно и не связаны с какой-либо определенной ситуацией и сопровождаются соматовегетативными нарушениями, которые кажутся угрожающими здоровью. Во время приступов наблюдаются сердцебиение, нехватка воздуха, головокружение, тремор, боли в груди, ощущение близости смерти или сумасшествия.

Глава 12.

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ И САМОСОЗНАНИЯ

12.1. Расстройства сознания

Сознание — высшая форма отражения действительности, продукт деятельности головного мозга.

Человеческое сознание формируется в результате исторического развития, оно не только отражает события объективного мира, но и использует запас знаний для создания способов переделки окружающей среды для удовлетворения потребностей человека. Для формирования сознания человека необходимо человеческое окружение, наличие человеческого общества. Известно, что дети, выросшие в логове зверя, не обнаруживают признаков сформировавшегося человеческого сознания.

Сознательная деятельность — это такая деятельность, которая осуществляется со знанием объективного значения задач, с учетом всех особенностей ситуаций и последствий деятельности как для индивидуума, так и для общества.

Автоматизированный акт — способность человека осуществлять, не осознавая, упрочившееся действие. Эта способность вырабатывается в процессе исторического развития человека и является целесообразной.

В основе акта автоматизации лежат следы нервных процессов, возникающие в результате тренировки.

Под **бессознательной деятельностью** понимают, с одной стороны, такие формы, когда человек недостаточно осознает цель, задачи и последствия своей деятельности. С другой стороны, бессознательными могут быть названы такие действия, которые на определенном этапе их формирования были осознаваемы, а затем сделались автоматизированными, произвольными. В процессе обучения ряд действий и навыков становятся автоматизированными и в последующем выполняются механически, без обдумывания.

Этапы формирования сознания

В развитии сознания от рождения ребенка до зрелого возраста выделяются 5 уровней, или этапов (Г.К.Ушаков):

- 1-й — до 1 года — бодрствующее сознание;
- 2-й — от 1 года до 3 лет — предметное сознание;
- 3-й — от 3 до 9 лет — индивидуальное сознание;
- 4-й — от 9 до 16 лет — коллективное сознание;
- 5-й — от 16 до 22 лет — рефлексивное, высшее, общественное, социальное сознание.

Рефлексия (франц. *réflexion* — размышление, обдумывание) — форма теоретической деятельности, заключающаяся в осмыслении собственных психических процессов: эмоций, влечений, мыслей и др.

1-й этап формирования сознания характеризуется появлением выбора наиболее удовлетворяющих ситуаций. При этом наблюдаются первые реакции на окружающую среду — первые элементы сознания. Ребенок может оценивать наиболее приятную для него ситуацию, например находиться на руках у матери или засыпать при покачивании.

На **2-м этапе** формирования сознания (предметного) главную роль играют непосредственные впечатления действительности. Сознание ребенка обогащается представлениями о предметах и явлениях, объем этих представлений увеличивается с того периода, когда ребенок начинает ходить. На этом этапе ребенок еще не улавливает взаимосвязь реальных событий и предметов с прошлым и будущим. На этом этапе ребенок еще не выделяет себя из окружающей среды, в речи его пока отсутствует местоимение «Я».

На **3-м этапе** формирования сознания (индивидуального) появляются первые представления о пространстве и времени, что делает возможным выделение себя из окружающей среды, отграничение от других предметов действительности. Сознание собственного «Я» в последующем развитии совершенствуется и усложняется.

Для **4-го этапа** формирования сознания (коллективного) характерно появление более дифференцированных представлений о предметах действительности, о себе, о простейших взаимоотношениях в коллективе. В этом периоде становятся отчетливыми представления об объектах пространства, о связи переживаемых в прошлом событий с настоящим. Обучение в старших классах школы сопровождается участием подростков в общественных событиях и появлением у них общественного, социального сознания.

На **5-м этапе** формирования сознания состояние подростка приобретает новые качества, оно становится рефлексивным, на этом уровне многообразные приобретенные знания оцениваются и соотносятся с реальными событиями. Рефлексивное сознание обеспечивает предвидение не только хода развития событий, но и последствий их. Зрелость сознания достигается к окончанию юношеского возраста, к 20–22 годам.

Критерии нарушенного сознания

К.Ясперс (1923) сформулировал признаки синдромов нарушенного сознания: отрешенность от окружающего мира, дезориентировка и амнезия на период нарушенного сознания.

Под *отрешенностью от окружающего мира* следует понимать утрату способности воспринимать происходящие события, анализировать, использовать прошлый опыт и делать соответствующие выводы, т.е. нарушение анализа и синтеза происходящих событий. При всех психических расстройствах имеет место измененное восприятие окружающего, особенно в случаях галлюцинаторных и бредовых расстройств. Однако для состояний нарушенного сознания более характерны нарушения восприятия, характеризующиеся фрагментарностью, беспорядочностью и бессвязностью отражения происходящих событий.

Для нарушенного сознания характерны различные варианты дезориентировки. Под *дезориентировкой* понимают нарушение ориентировки в окружающем, во времени и по отношению к собственной личности. Дезориентировка, особенно в месте и времени, наблюдается при корсаковском синдроме. Однако наряду с грубой дезориентировкой в месте и времени такие больные могут обнаружить способность тонко анализировать ситуацию, используя прошлые знания, и делать правильные выводы.

Для нарушенного сознания дезориентировка имеет значение в комплексе с отрешенностью от окружающего мира. При состояниях нарушенного сознания имеется *дезориентировка* в месте и времени. Иногда больные улавливают только грубые признаки окружающего («я в городе», «я в больнице»), но более точная ориентировка нарушена. У больных может быть нарушена ориентировка в ситуации, они утрачивают способность оценивать обстановку, не понимают, что происходит. Выделяют *аллопсихическую дезориентировку*, которая проявляется в нарушении ориентировки лишь в окружающем: в месте, времени и по отношению к другим лицам; *амнестическую дезориентировку*, обусловленную расстройством памяти; *аутопсихическую*, при которой дезориентировка относится только к собственной личности и проявляется в невозможности назвать свой возраст, имя, профессию и др.; *бредовую*, проявляющуюся в виде ложных представлений об окружающем (все происходящее наполнено особым смыслом, имеющим отношение к больному); *соматопсихическую*, при которой дезориентировка относится к собственному телу, его частям и внутренним органам.

Особым видом дезориентировки является *двойная ориентировка*, когда больной одновременно находится как бы в двух ситуациях. Он убежден, что это больница, и в то же время говорит, что это «специальный центр по подготовке космонавтов, лаборатория по «переделке умов», «школа обучения шпионов» и т.п.

Амнезия может быть тотальной и может касаться только определенных ситуаций, например, больной не может вспомнить реальные события, но помнит некоторые болезненные переживания, как это наблюдается при делирии.

Анозогнозия — неузнавание или отрицание собственной болезни, невозможность правильно оценить собственный дефект. Анозогнозия —

частый симптом при нарушениях критики при психических заболеваниях и алкоголизме.

Растерянность (аффект недоумения) — это состояние острого бессмыслия, невозможность или затруднение понимания происходящих событий, мучительная неспособность разобраться в обстановке, последовательно воспринимать происходящее, понять ситуацию в целом, переживание чувства беспомощности, собственной измененности, в связи с этим аффект и мимика недоумения.

Гиперметаморфоз — расстройство внимания в форме непроизвольного, кратковременного его привлечения к предметам и явлениям, обычно незамечаемым, сопровождающееся состоянием острой растерянности.

12.1.1. Синдромы выключения сознания

К синдромам выключения сознания относят оглушенность, сопор и кому.

Оглушенность, или **оглушение**, характеризуется двумя основными признаками: повышением порога чувствительности ко всем раздражителям и обеднением психической деятельности. В связи с этим больные отвечают на вопросы, задаваемые громким голосом и настойчиво. Ответы обычно односложны, но правильны. Повышен порог и к другим раздражителям: больные не жалуются на шум, неудобную, мокрую постель, не чувствуют слишком горячей грелки и т.д., не реагируют на другие неудобства.

Обычно подчеркивают, что выражение лица таких больных именно тупое, оно не выражает никаких эмоций. Больной говорит односложно, так как психическая деятельность обеднена, мыслей и воспоминаний мало, сновидений нет, желания отсутствуют, движения скудны. Продуктивной психопатологической симптоматики обычно не наблюдается.

Грубая ориентировка сохранена, но более тонкая и дифференцированная нарушена. После выхода из состояния оглушения у больного в памяти сохраняются отдельные фрагменты имевшей место ситуации.

Обнубиляции (вуаль на сознании) — легкая степень оглушения. Такой больной напоминает человека в состоянии легкого опьянения, у него несколько рассеяно внимание, он не может собраться, чтобы правильно ответить, несколько затруднено и замедлено восприятие событий, поэтому кажется, что он отвечает невпопад. Настроение бывает несколько повышено. Глубина обнубиляции обычно колеблется.

Оглушение является признаком тяжелого поражения головного мозга и наблюдается при интоксикациях, черепно-мозговых травмах и при объемных процессах — опухолях, гоммах, кистах.

Сопор — состояние, следующее по тяжести за оглушением. При нем сохраняются простые психические реакции на внешние воздействия: больной отдергивает руку при уколе, на громкий звук открывает глаза, поворачивает голову. У него сохраняются зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные реакции.

Кома характеризуется полным угнетением психической деятельности, отсутствием зрачковых и других рефлексов, наличием бульбарных и тазовых расстройств.

12.1.2. Синдромы помрачения сознания

Делирий

Делирий — иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания — характеризуется противоположными оглушению признаками: понижением порога ко всем раздражителям и богатством психопатологической симптоматики (иллюзорно-галлюцинаторной с возбуждением).

Начало делириозного помрачения сознания проявляется *изменением восприятия окружающего*. Раздражители, которые ранее не мешали больному, начинают им восприниматься как более сильные и раздражающие. Так, больной с соматогенной интоксикацией, например, при разрешении пневмонии, начинает жаловаться, что в коридоре слишком громко говорит персонал, топают, стучат ложками и тарелками при раздаче пищи, ему начинает мешать свет фонаря с улицы, постель кажется слишком жесткой, белье — грубым и т.д. Затем появляются нарушения сна, возникают гипнагогические галлюцинации, из-за которых больной не может уснуть. Перед засыпанием на темном фоне ему видятся страшные рожи, куски тел, различные чудовища. Больной в страхе открывает глаза, но как только закрывает, снова видит страшные картины. По утрам эти страхи кажутся нереальными и смешными, поэтому больной обычно стесняется о них рассказать врачу.

На следующем этапе, обычно вечером, появляются *парейдолические иллюзии*. В игре светотеней, на узорах обоев, на полу видятся различные картины, подвижные, часто меняющиеся и исчезающие при ярком освещении. Затем появляются зрительные галлюцинации.

Так, больному в узорах ковра видятся головки котят, которые кивают в разные стороны, затем котята выпрыгивают из ковра и начинают бегать по кровати, в это время больной не только видит их, но и чувствует, как они когтями царапают ему руки, т.е. появляются и тактильные галлюцинации.

Зрительные галлюцинации вначале единичные, фрагментарные, затем множественные, сценopodobные. К зрительным галлюцинациям присоединяются тактильные и слуховые. Эти галлюцинации истинные, критическое отношение отсутствует, галлюцинаторные образы воспринимаются как реальные. И поведение больного соответствует галлюцинациям. При устрашающих галлюцинациях больной испытывает страх, спасается бегством, вступает в борьбу; при индифферентных или «завлекательных» всматривается с интересом, смеется и т.п. Восприятие реальных событий и их оценка нарушены. Ориентировка ложная, больной считает, что он находится в другой ситуации, в другом городе, на работе, с собутыльниками, окружен врагами и т.п.

Воспоминания о реальных событиях фрагментарны или отсутствуют вовсе. Больной не помнит, как поступил в больницу, что предшествовало этому, не помнит, как приходил к нему врач, как ехал в больницу, но помнит, что в квартиру рвались «бандиты», от которых он оборонялся, спасался бегством. Критика к галлюцинациям восстанавливается постепенно.

Делирий обычно проходит после длительного сна (16–18 ч), но к следующей ночи возможны рецидивы галлюцинаций.

Выделяют несколько разновидностей делирия: **неразвернутый**, или **абортивный**, при котором наблюдаются иллюзии и галлюцинации, но ориентировка сохраняется, длительность этого состояния до нескольких часов.

Наиболее тяжелыми являются **муситирующий**, или **бормочущий**, и **профессиональный**, сопровождающиеся глубоким помрачением сознания.

При **муситирующем делирии** наблюдается беспорядочное, хаотическое возбуждение, обычно в пределах постели, речь бессвязная, бормочущая. Часто имеют место бессмысленные хватательные движения: больной теребит одежду, простыню, «обирается».

При **профессиональном делирии** у больного наблюдаются автоматизированные двигательные действия: забивает несуществующие гвозди, строгает, пилит и т.п. Галлюцинаторные переживания менее отчетливы и более стереотипны.

Делириозные помрачения сознания наблюдаются при хронических интоксикациях, инфекционных и соматических заболеваниях, черепно-мозговых травмах и других органических заболеваниях головного мозга.

Онейроид

Онейроидное помрачение сознания (онейроид, сновидное, грезоподобное) — это помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое. Это состояние сопровождается частичной или полной отрешенностью от окружающего, расстройством самосознания, депрессивным или маниакальным аффектом, признаками кататонии, сохранением в сознании содержания переживаний и амнезией на окружающие события.

На первых этапах развития онейроида наблюдаются нарушения сна, затем бред инсценировки: все воспринимается как специально подстроенное, кажется, что для больного специально разыгрываются сцены. В этот период имеет место **двойная ориентировка**: больной живет как бы в двух мирах, двух планах, в реальной ситуации и другой — вымышленной, часто фантастической. При этом события причудливо переплетаются в сознании. В это время наблюдаются симптомы положительного и отрицательного двойника. Лица воспринимаются не как реальные, а как подставные, играющие иную роль специально для

больного. В последующем начинает нарастать фантастическая бредовая симптоматика. Часто у больных имеется убеждение в исключительности своего существования и предназначения: они призваны спасти планету, цивилизацию, создать новое общество, сделать людей счастливыми, защитить нашу землю от врагов, иногда ощущают себя в центре борьбы добра и зла (манихейский бред).

Больные видят себя в других мирах, на других планетах, в аду, в раю, с помощью машины времени переносятся в далекое прошлое или будущее. Фантастическое причудливым образом переплетается с реальными событиями. Так, больная видит себя на арене Колизея, она рабыня, которую должны уничтожить, видит, как бежит под рев зрителей, спасаясь от войска. Это войско на великолепных белых конях, воины одеты в прекрасные золотые доспехи и во главе войска на белом коне заведующая отделением, в котором находится больная.

Поведение больных не соответствует их переживаниям. Больные лежат в постели в субступорозном состоянии, часто наблюдается восковая гибкость, некоторые больные бродят по отделению с «зачарованной улыбкой», контакт с окружающими может быть нормальным, но ответы с задержкой и односложные, иногда удается выявить некоторые фантастические переживания.

Онейроид может продолжаться несколько недель. В памяти больных обычно сохраняются фантастические переживания, о реальных событиях воспоминания чаще отсутствуют, или больной помнит только фрагменты. Выделяют ориентированный онейроид, при котором наряду с фантастическими переживаниями сохраняется ориентировка.

Онейроидное помрачение сознания наблюдается, как правило, при приступообразной шизофрении и значительно реже при других заболеваниях.

Аменция

Аменция — аментивное помрачение сознания (от лат. *amentia* — безумие), характеризуется *растерянностью с аффектом недоумения и инкогеренцией (ассоциативная бессвязность)* и проявляется в невозможности в целом воспринимать происходящие события, улавливать связь между предметами и явлениями. Больные схватывают отдельные фрагменты ситуации и не могут связать их в единое целое. По выражению Е.А.Попова, больной в состоянии аменции — это человек в разбитых очках, т.е. все им воспринимается по кусочкам, отдельно.

Речь больного бессвязна, он произносит бессмысленный набор слов, носящих часто обыденный характер, наблюдается персеверация, бредовые идеи либо отсутствуют, либо отрывочны, аффект неустойчив, характерно беспорядочное двигательное возбуждение с хореоподобными гиперкинезами.

Наблюдается грубая дезориентировка в месте, времени и собственной личности. Больные не могут сказать, где они находятся, какое сейчас время, кто они. Воспоминания о периоде аменции отсутствуют.

Появление на фоне аменции в ночное время делириозных переживаний свидетельствует в пользу экзогенной природы аментивного помрачения сознания.

Аменция наблюдается при тяжелых хронических соматических заболеваниях, при хронической раневой инфекции, органических заболеваниях головного мозга, реже — при реактивных психозах и шизофрении. Аменция может продолжаться несколько недель и месяцев.

Сумеречное помрачение сознания

Сумеречное помрачение сознания — это внезапно возникающее и внезапно прекращающееся помрачение сознания с последующей амнезией, при котором больной может совершать взаимосвязанные, последовательные действия, обусловленные часто бредом, галлюцинациями, бурным аффектом страха, отчаяния, злобы.

Признаки, характеризующие сумеречное помрачение сознания: пароксизмальность возникновения и прекращения, сохранность автоматизированной деятельности, полная амнезия на период сумеречного помрачения сознания.

При *амбулаторном автоматизме* сумеречное состояние наступает внезапно и, несмотря на грубую дезориентировку, больные сохраняют способность к упорядоченному поведению. В таком состоянии больной может выйти из дома и через несколько часов обнаружить, что он находится в другой части города или в другом городе, куда не собирался ехать. При этом всю дорогу он вел себя достаточно адекватно, ехал в транспорте, покупал билет, отвечал на вопросы, возможно, казался несколько рассеянным, но своим поведением не привлекал внимания.

При возникновении в этом состоянии бреда и галлюцинаций поведение больного становится крайне опасным, так как его действия обусловлены психопатологической симптоматикой или острейшим аффективным состоянием с переживанием ярости и отчаяния.

Под *фугой* понимается кратковременное помрачение сознания, во время которого больной внезапно срывается с места и бежит, иногда совершая при этом неадекватные действия, например раздевается, разбрасывает свои вещи. Состояние продолжается обычно несколько минут, воспоминаний о нем не сохраняется.

Трансы — более продолжительные сумеречные состояния, во время которых больной уходит из дома, бродит по городу, воспоминаний об этом периоде у больного не сохраняется.

Абсанс (от франц. *absence* — отсутствие) — кратковременная потеря сознания с последующей амнезией. Например, во время беседы больной замолкает, однако на вопрос: «Что с тобой?» — тут же отвечает: «Ничего» — и продолжает беседу. Сам больной часто не замечает эти состояния или говорит, что у него бывают «отключения».

Выделяют *абсанс атонический*, с потерей мышечного тонуса и падением; *гипертонический* — с повышением мышечного тонуса; *субклини-*

ческий — с неполной потерей сознания; *энуретический* — с непроизвольным отделением мочи.

Сумеречные состояния сознания наблюдаются при эпилепсии и органических заболеваниях головного мозга.

Патологические просоночные состояния (опьянение сном)

Возникают при замедленном пробуждении от глубокого сна и сопровождаются яркими кошмарными сновидениями. От сонного торможения прежде всего освобождаются двигательные функции, а психические функции и сознание остаются заторможенными. У полупроснувшегося сновидения переплетаются с неправильным восприятием окружающего, что сопровождается страхом, двигательным возбуждением с агрессивными поступками. Патологические просоночные состояния заканчиваются сном, в памяти сохраняются обрывки сновидений.

Истерические сумеречные состояния сознания

Истерические сумеречные состояния сознания возникают после психических травм, в поведении и высказываниях прямо или косвенно звучит травмирующая ситуация. Воспоминания об этом периоде неполные, а в ряде случаев наблюдается полная амнезия.

Вариантом истерического сумеречного состояния является *синдром Ганзера*, наблюдаемый в ситуации судебного преследования. Для синдрома Ганзера характерны нелепые ответы больного, но даваемые в плане задаваемых вопросов. Отмечается невозможность совершить элементарные действия: зажечь спичку, вставить ключ в замок, в то время как вне наблюдения он совершает более сложные действия. У больных наблюдается нарушение ориентировки в месте, времени и реже в собственной личности. Истерическое сумеречное состояние может продолжаться до нескольких недель. На период нарушенного сознания чаще наблюдается полная амнезия.

12.1.3. Синдромы нарушения сознания у детей и подростков

У детей, особенно младшего возраста чаще наблюдаются синдромы оглушения. Для синдрома оглушения характерно снижение активности всех психических процессов, в основе которого лежит снижение уровня бодрствования. У детей чаще встречаются легкие оглушения — обнубиляция и сомнолентность.

Ребенок в состоянии *обнубиляции* выглядит вялым, двигателью заторможенным, внимание привлекается не сразу и быстро истощается, замедлена реакция на внешние воздействия и обращение. Окружающее воспринимается неотчетливо, как в тумане. Осмысление вопросов затруднено, но имя и фамилию называет правильно. Настроение с оттенком апатии, снижен интерес к игрушкам, картинкам и т.п.

По выходе из состояния обнубиляции воспоминания неполные, фрагментарные.

Сомноленция — более глубокое помрачение сознания, ребенок напоминает спящего. Получить ответную реакцию можно только громким звуком. Ребенок может выполнять некоторые инструкции, после чего снова впадает в состояние сонливости. Воспоминания об этом периоде не сохраняются.

Сопор — еще более глубокое помрачение сознания, сохраняются только безусловно-рефлекторные реакции: на болевые раздражители, зрачковые, корнеальные, глоточный и др.

Коматозное состояние — полное выключение сознания со снижением безусловно-рефлекторных реакций и появлением патологических рефлексов (Бабинского, Россолимо и др.) и децеребрационной ригидности.

Среди синдромов помрачения сознания с продуктивной психопатологической симптоматикой чаще встречается делириозный синдром, возрастные варианты сумеречного помрачения сознания и редко аментивные и онейроидные состояния.

Делирий наблюдается у детей с 4–5-летнего возраста. В динамике делирия выделяют несколько стадий: предделириозную, гипнагогического делирия и стадию истинных галлюцинаций.

В предделириозной стадии ребенок двигательно беспокоен, пуглив, тревожен, капризен, слезлив. Засыпание нарушено, сон поверхностный, с пробуждениями и страшными сновидениями.

В дальнейшем появляется склонность к иллюзорному восприятию с устрашающими зрительными иллюзиями. Гипнагогические галлюцинации то устрашающие, то индифферентные, они переходят в сновидения, и дети дошкольного и младшего школьного возраста называют их снами (В.В.Ковалев).

Для развившегося делирия характерно появление мелких зооптических галлюцинаций. Ребенок видит насекомых, змей, червей, кошек, собак; дети пытаются их прогнать, стряхивают насекомых с кровати, с себя. Особенно яркие зрительные галлюцинации наблюдаются при отравлении беленой и препаратами, содержащими атропин.

При делирии инфекционного и травматического происхождения истинные галлюцинации обычно единичны, нарушение ориентировки не выражено, больные сохраняют воспоминания о галлюцинациях, реальные события вспоминаются неотчетливо.

Делирий у детей обычно кратковременный — от нескольких часов до 1–2 дней.

Аментивный синдром у детей младшего возраста проявляется в виде эпизодов неглубокой психической спутанности с аффектом недоумения и затруднениями контакта с окружающими. Обычно выявляются полная дезориентировка и двигательное беспокойство.

Легкие аментивные помрачения сознания С.С.Мнухин назвал астенической спутанностью. У больных удается добиться кратковременного контакта, за которым наступает психическое истощение.

Аментивное помрачение сознания встречается при тяжелых мозговых и общих инфекциях и тяжелых интоксикациях.

Онейроидный синдром наблюдается в пубертатном возрасте, он выражается отрешенностью от окружающего и погружением в мир ярких образных представлений, фантастических псевдогаллюцинаций. Больные, как правило, видят себя участниками фантастических событий.

В., 14 лет, поступил в отделение в двигательной заторможенности, не отвечал на вопросы, отказывался от еды, временами поднимался с постели, медленно ходил по отделению с отрешенным выражением, на вопросы не отвечал, иногда спонтанно говорил несколько фраз, бессвязных и непонятных окружающим. После выхода из этого состояния рассказал, что он был увезен на другую планету, где все необыкновенно красиво, окрашено в голубые тона и люди тоже голубые, ему показывали животных, дома, предлагали остаться и жениться на голубой девушке, но он отказался, и его вернули на Землю.

В детском возрасте чаще наблюдается ориентированный онейроид. В начальном периоде у детей наблюдается растерянность, тревога, страхи, ложные узнавания, возможна двойная ориентировка: больной считает, что он одновременно находится у себя дома и в больнице.

Длительность онейроида — от нескольких часов до нескольких недель.

Сумеречные состояния сознания у детей отличаются большим разнообразием. В дошкольном возрасте на фоне измененного сознания наблюдаются оральные автоматизмы: жевание, глотание, чмоканье и однообразные действия руками — перебирание пальцами, похлопывание, поглаживание и т.п.

У детей младшего школьного возраста наблюдаются снохождения и сноворения. При снохождении (сомнамбулизме) ребенок во время сна встает с постели, ходит по квартире, совершает привычные действия, на вопросы не отвечает, утром ничего не помнит.

Сумеречные состояния у детей возникают чаще, чем у взрослых, но они рудиментарны, кратковременны, при них преобладают двигательные автоматизмы.

12.2. Расстройства самосознания

Самосознание — выделение себя из объективного мира, это — личное тождество, идентичность, постоянство своего «Я».

Самосознание (частная сторона сознания) — это осознание мыслей, поступков, переживаний, способность оценивать себя, смотреть на себя как бы со стороны. Аналитическое размышление по поводу собственных мыслей, переживаний, поступков, обычно полное сомнений и колебаний, называется рефлексией.

Самосознание в процессе онтогенеза формируется постепенно.

И.М.Сеченов в «Рефлексах головного мозга» так охарактеризовал формирование самосознания: «...из детского самочувствия рождается в зрелом возрасте самосознание, дающее человеку возможность от-

носиться к актам собственного сознания критически, т.е. отделять все свое внутреннее от всего происходящего извне, анализировать его и сопоставлять (сравнивать) с внешним — словом, изучать акт собственного сознания».

Этап формирования аллопсихического самосознания (способность ребенка выделять себя из окружающей среды) условно начинается с появления в речи местоимения «Я». Это происходит примерно в возрасте 3 лет.

Этап формирования соматопсихического самосознания (способность оценивать свое физическое «Я») условно начинает формироваться с умения ребенка правильно идентифицировать правую и левую сторону применительно к себе и окружающим. Это обычно появляется в 6—7-летнем возрасте.

Полная идентичность, постоянство своего «Я» (самосознание) формируется к подростковому возрасту.

К 12—14 годам у подростка появляется способность оценивать свое психическое «Я» — начинает формироваться аутопсихическое самосознание. Знание этапов формирования самосознания необходимо для правильной оценки деперсонализации.

Клинические проявления нарушений самосознания

В соответствии с этапами формирования самосознания принято выделять аллопсихическую (дереализацию), соматопсихическую и аутопсихическую деперсонализацию.

Дереализация — отчуждение мира восприятий (К.Ясперс). Больные при дереализации воспринимают окружающую обстановку, предметы, явления лишенными ясности, естественности, иногда чуждыми и измененными. Окружающее кажется тусклым, безжизненным «как сквозь туман», «непромытое стекло», «как из аквариума через толщу воды». Временами безжизненность носит характер нарисованных декораций. Эти восприятия крайне неприятны для больного.

Некоторые больные каждый раз, выходя на прогулку, воспринимают хорошо знакомую обстановку как новую, *никогда ранее не виденную (jamais vu)* или, наоборот, оказавшись в незнакомом месте, воспринимают его как хорошо знакомое и *уже виденное (déjà vu)*.

Дереализация касается не только зрительных восприятий, но и слуховых, тактильных и вкусовых. Звуки кажутся приглушенными, предметы при прикосновении едва ощутимыми или измененными, пища кажется безвкусной, «как трава».

Значительно реже наблюдается противоположное состояние, когда все окружающее воспринимается необыкновенно ярким, краски насыщены, звуки усилены, прикосновения резки и неприятны.

Иногда состояния, подобные *déjà vu* и *jamais vu*, могут возникать у здоровых людей при утомлении. Дереализация чаще всего наблюдается при аффективных расстройствах.

Соматопсихическая деперсонализация — это ощущение отчуждения собственного тела или его частей. Больной при этом говорит, что знает, что лежит на постели, но не чувствует частей своего тела, «как будто их нет». Больной не испытывает голода, жажды, облегчения от опорожнения мочевого пузыря. Состояния деперсонализации крайне тягостны для больного, они наблюдаются при различных психических заболеваниях, но чаще сопровождаются аффективными расстройствами.

Аутопсихическая деперсонализация характеризуется отчуждением психических функций, отчуждением своего «Я».

Больной говорит, что он потерял все мысли, у него в голове пустота, он говорит и отвечает на вопросы по привычке, не чувствует своего «Я», не может решить «это я или не я», не знает, что ему надо делать, не находит слов при разговоре, не испытывает никаких чувств. К аутопсихической деперсонализации относится *anaesthesia psychica dolorosa* — болезненное психическое бесчувствие. Больной становится нечувствительным к своим близким, его не волнуют их переживания, он не испытывает ни любви, ни сострадания. Это состояние бесчувствия, по словам больных, более тягостно и мучительно по сравнению с самой тяжелой депрессией.

Кроме того, выделяются витальная деперсонализация и бредовая.

Витальная деперсонализация — самая тяжелая, так как при ней исчезает само чувство жизни, больной не уверен, живой он или мертвый, он не испытывает никаких чувств, «меня как будто бы нет», «я не чувствую, что живу».

Бредовая деперсонализация. А.В.Снежневский (1983), И.И.Сергеев, А.Я.Басова (2000) выделяют особую бредовую деперсонализацию, которая представляет собой бредовое переживание больными изменения своего психического, физического «Я» или окружающей действительности, сопровождающееся характерными бредовыми идеями, по своей фабуле соответствующими классической деперсонализации.

Бредовую деперсонализацию, так же как и традиционную, можно разделить на ауто-, сомато- и аллопсихический варианты, каждый из которых проявляется разными по содержанию бредовыми расстройствами. Так, *аутопсихическая* бредовая деперсонализация выражается синдромом Котара, двойников, психического перевоплощения, одержимости («у меня нет души, я продал душу дьяволу», «я раздвоилась на мужскую и женскую сущности», «я уже не Саша, а Ольга», «моя душа как в коконе, окружена бесом, который постепенно разматывает ее»). Соматопсихическая бредовая деперсонализация представлена бредом физического перевоплощения и нигилистическим ипохондрическим бредом («я превратилась в мужчину», «я стала памятником Ломоносову», «моего тела не существует, это только иллюзия, я себе создала такой образ»). Аллопсихическая бредовая деперсонализация проявляется бредом инсценировки, бредом «гибели мира», нигилистическим мегаломаническим бредом. Больные считают, что все окружающее «подстроено», вокруг одни «декорации», они попали в «другой мир,

населенный двойниками людей из нашего мира», живут «одновременно в двух мирах» и т.п.

12.3. Нарушения самосознания у детей и подростков

По данным В.М.Башиной (1978), у детей до 3 лет деперсонализацию обнаружить не удастся, а в более старшем возрасте наблюдаются только ее рудименты.

У больных шизофренией детей преддошкольного и дошкольного возраста В.М.Башина выделяет *несколько вариантов деперсонализации*: замену «Я» другим «Я» — начинает называть себя другим именем; игровое перевоплощение, например девочка считает себя мальчиком; наблюдается нарушение физической целостности (сторона чужая, ноги отсутствуют), отсутствует ощущение жажды, голода, утрата сознания возраста и т.п. (соматопсихическая деперсонализация).

В.В.Ковалев наблюдал, что у детей 10–11 лет явления *деперсонализации* обычно *рудиментарны*, не формируются в определенный синдром, а чаще наблюдаются в виде чувственной соматопсихической деперсонализации. Так, дети раннего и дошкольного возраста при шизофрении могут ощущать, что части их тела существуют отдельно от них.

А.Н.Чехова наблюдала девочку 3 лет, которая говорила, что ее ушки и ручки лягут спать, «моя ручка идет обедать». В.В.Ковалев наблюдал мальчика 10 лет, больного шизофренией, который испытывал в голове необыкновенную легкость: «моя голова, как шарик, оторвется и улетит».

Аутопсихическая деперсонализация у детей носит характер образно-чувственных переживаний. Это проявляется в патологическом игровом перевоплощении. Дети в дошкольном возрасте надолго перевоплощаются в животных (лошадь, собаку, кошку), полностью входят в эту роль, игнорируют реальность, считают, что у них не руки, а лапки, ходят на четвереньках, требуют кормить их травкой, сырым мясом и т.п. В отличие от здоровых детей их очень трудно отвлечь от необычной игры.

Г.Е.Сухарева описала при сенсорной форме энцефалита у ребенка симптом двойника: ему казалось, что рядом идет двойник — «я иду и как-будто я рядом иду».

Аллопсихическая деперсонализация у детей старше 10 лет наблюдается в виде пароксизмов «уже виденного» и «никогда не виденного» чаще при эпилепсии и эпилептиформных состояниях.

В пубертатном возрасте явления деперсонализации носят типичный характер, происходит переживание чуждости своего «Я», иногда его раздвоение.

Девушка, 17 лет, постоянно испытывает ощущение «Я — не Я». Подошел автобус, она вошла в него, но не уверена, ее «Я» с ней или осталось на остановке. Она должна вспомнить физическую формулу и убедиться, что ее «Я» с ней.

В пубертатном возрасте наблюдается анестетическая деперсонализация, т.е. аутопсихическая деперсонализация с отчуждением аффективных переживаний.

Явления дереализации формируются к позднему пубертатному возрасту. Витальная деперсонализация крайне тяжело переживается больными, так как у них исчезает «само чувство жизни»: «я как мертвая», «я совсем не существую, как будто бы живу я или нет».

При соматопсихической деперсонализации больной испытывает отчуждение собственного тела. У подростков она носит такой же характер, как у взрослых.

Дереализация и деперсонализация у подростков

А.Е.Личко считал, что эти расстройства особенно характерны для подросткового возраста, что объясняется особенностями становления личности, склонности к самоанализу, оценке быстро растущего тела и эмоциональностью переживаний.

Дереализация — это чувство измененности, нереальности, странности окружающего. Взрослому человеку трудно бывает описать эти переживания, тем более подростку, но обычно подростки подчеркивают неестественность переживаний, оценивая их критически. Дереализация у подростков, как и у взрослых, чаще касается зрительных и слуховых восприятий: все кажется неживым, лишенным красок, звуки как бы приглушены, иногда, наоборот, все воспринимается необычайно ярко, звуки чрезмерно громки. Реже наблюдаются вкусовые и тактильные расстройства. К дереализации относят феномены «уже виденного» и «никогда не виденного».

Соматопсихическая деперсонализация часто наблюдается у подростков и проявляется в своеобразных нарушениях схемы тела и необычных ощущениях собственного тела: руки кажутся длинными или отсутствуют, не ощущают части тела, оно как бы потеряло единство и т.п. К этим переживаниям сохраняется критика.

Аутопсихическая деперсонализация проявляется в необычном ощущении изменения собственной личности или утрате личности и всех чувств, «действую и говорю по привычке». А.Е.Личко считал, что дереализация и деперсонализация бывают «зарницами» грядущего дебюта прогрессивной шизофрении.

При эпилепсии деперсонализация может наблюдаться как в предприпадочной ауре и как эквивалент судорожного припадка. Дереализация и деперсонализация у подростков встречаются очень часто, но подростки не умеют об этом рассказать (Коркина М.В., 1971).

Глава 13.

НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ

13.1. Понятие личности, закономерности ее формирования

Личность каждого человека характеризуется чрезвычайным многообразием сочетания индивидуальных психологических качеств. Существует множество определений понятий «личность» и «психическая индивидуальность», систематик личности, структуры и факторов, оказывающих влияние на их формирование (более подробно эти вопросы рассматриваются в курсе медицинской психологии). Основой личности является характер, обеспечивающий определенный паттерн поведенческого реагирования.

Характер в значительной мере определяется наследственными задатками (психофизиологическая конституция, темперамент, способности), но окончательно формируется под влиянием воспитания и может искажаться при неблагоприятном воздействии различных факторов. Высший уровень индивидуальности — собственно личность выражается в сфере духовных потребностей, ведущих мотивов, направленности. В повседневной клинической практике понятия «характер» и «личность» отождествляются.

Не существует как общепринятого определения «нормальной» личности, так и систематики нормальных личностей. С понятием нормальной личности ассоциируется широко используемый термин «*гармоничная личность*», которым характеризуют наличие оптимально сбалансированных личностных качеств. Гармоничная личность, вернее характер, обеспечивает высокую степень адаптации к многообразным условиям социальной действительности и адекватность поведения. Способствует адаптации и установлению межличностных отношений такое качество, как *синтонность* — способность человека приобщаться к эмоциональному состоянию другого человека. Аномальные личности, напротив, обычно в такой степени отклоняются от условной средней нормы, что даже в благоприятных внешних общественных обстоятельствах испытывают субъективные трудности или отличаются

дисгармоничным поведением в ходе приспособления к жизни. Аномалии и расстройства личности могут носить как врожденный характер, так и быть «нажитыми», вызванными различными неблагоприятными социальными факторами, психическими и соматическими заболеваниями, поражением головного мозга.

В психиатрии особенности личности и ее нарушения учитываются с позиций *относительно стабильных состояний* — личностный преморбид и расстройства личности и поведения, традиционно обозначавшиеся как психопатии, и *динамических состояний* — изменений, связанных с патологическим развитием личности в условиях неблагоприятной внешней обстановки и изменений, вызванных поражением головного мозга или психическим заболеванием.

Преморбидный тип личности (личностный преморбид) подразумевает ее основные черты, тип характера до возникновения психического расстройства или заболевания. Описываются преморбидные личностные особенности обычно со слов самого больного на основании его собственной оценки, а также со слов его близких при получении анамнестических сведений (субъективный и объективный анамнез).

Диапазон выраженности преморбидных черт личности может быть весьма широким — от минимальных отклонений (гармоничный, синтонный тип), акцентуации характера до патологии личности (психопатии или психопатоподобных расстройств). Чаще всего в преморбиде обнаруживаются акцентуированные черты личности, встречающиеся, по данным авторов учения об акцентуации личности или характера К.Леонгарда и А.Е.Личко, почти у половины населения развитых стран.

Акцентуированные личности (в отличие от психопатий, расстройств личности) рассматриваются как крайние варианты нормы. Одной из наиболее известных и разработанных систематик типов личности, удобных для оценки преморбидных черт, является классификация акцентуированных личностей немецкого психиатра Карла Леонгарда. Известный отечественный психиатр А.Е.Личко, изучавший становление патологии личности в подростковом периоде, предпочитал говорить об акцентуации характера, учитывая, что личность у подростка еще не сформирована. Под акцентуацией характера им понималось чрезмерное усиление отдельных его черт, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. Основные типы акцентуированных личностей и акцентуаций характера (по К.Леонгарду и А.Е.Личко) приведены в таблице 4. Подробная характеристика каждого типа акцентуации дана в учебнике «Клиническая психология» (Н.Д.Лакосина, И.И.Сергеев, О.Ф.Панкова). Было предложено (Личко А.Е. и др., 1973) делить акцентуации характера в зависимости от выраженности основных черт на явную и скрытую. **Явная акцентуация** — это крайний вариант личностной нормы с приемлемой адаптацией, но с постоянной выраженностью заостренных черт характера, вследствие чего под действием психогенных

Таблица 4

Основные типы акцентуаций личности (по К.Леонгарду) и акцентуаций характера (по А.Личко)

Тип акцентуации личности (по К.Леонгарду)	Тип акцентуации характера (по А.Е.Личко)
Застревающий	Паранойяльный
Аффективно-экзальтированный	Эмоционально-лабильный
Демонстративный	Истероидный
Педантичный (ананкастный)	Психастенический
Возбудимый (ригидно-аффективный, неуправляемый)	Эпилептоидный
Интровертированный (аутистический)	Шизоидный
Эмотивный	Сенситивный
Тревожно-боязливый	Астено-невротический
Экстравертированный	Конформный
–	Неустойчивый
Гипертимический (гиперактивный)	Гипертимный
Дистимический	–
Циклотимический	Циклоидный

факторов, адресующихся к «месту наименьшего сопротивления», могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении. *Скрытая акцентуация* – обычный вариант нормы со слабо выраженной заостренностью черт характера, которая проявляется лишь в стрессовых ситуациях, предъявляющих повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления» в характере. Несмотря на то что акцентуация характера не является психиатрическим диагнозом (хотя в классе XXI МКБ-10 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» выделяется подрубрика Z73.1 – «Акцентуированные личностные черты»), для врача важно констатировать имеющийся тип акцентуации у пациента, поскольку она может оказывать влияние на возникновение и динамику определенных физических и психических расстройств. Это относится, в первую очередь, к психогениям и психосоматическим заболеваниям, которые тесно связаны с личностью больного, в частности имеют значение механизмы психологической защиты, сопряженные с типом личности. Важное значение имеют личностные особенности при использовании психотерапевтических подходов к больному и подборе психотерапевтических техник и методов.

Расстройства личности (психопатии). О расстройствах личности говорят тогда, когда структура личности, вследствие резкой выраженности определенных свойств, столь акцентуирована, что это становится причиной серьезных страданий и (или) конфликтов, т.е. возникает со-

циальная дезадаптация. Это связано не столько с наличием специфических свойств личности, сколько с их выраженностью (тотальностью) и доминированием (стабильностью). Расстройства личности (психопатии) могут быть конституциональными (врожденными) или формироваться вследствие продолжительного особо неблагоприятного влияния среды, чаще в детстве или подростковом возрасте. Раньше патологию личности обозначали термином «психопатия». Ввиду того, что, по мнению многих специалистов в области психологии и психопатологии, этот диагноз приобрел уничижительное звучание и стал стигматизирующим (вроде приклеивания ярлыка), было предложено обозначать данный вид патологии нейтральным термином «расстройство личности». В МКБ-10 личностные расстройства отнесены к классу F6 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте». Подробно данный тип расстройств рассматривается в главе 24. В таблице 5 приведены известные классификации психопатий П.Б.Ганнушкина и К.Шнайдера в сопоставлении с систематикой акцентуаций личности К.Леонгарда и А.Е.Личко.

13.2. Патологическое (патохарактерологическое) развитие личности

Термин «патологическое развитие личности» был предложен в 1910 г. Карлом Ясперсом для отграничения патологических состояний, связанных с особенностями личности и нестандартными социальными ситуациями, в которых эта личность оказывается (развитие личности) от изменений личности, вызванных болезненным процессом (собственно заболеванием). При патологическом развитии в условиях столкновения с чрезвычайными или длительными объективно или субъективно неразрешимыми ситуациями происходит усиление и закрепление черт личности, свойственных ей изначально, в результате чего возникает дезадаптация. Понятие патологического развития личности является сборным и включает различные варианты психогенных патологических формирований личности. Одна из известных отечественных классификаций патологических формирований личности принадлежит В.В.Ковалеву (1973). Им были выделены: невротические, постреактивные, патохарактерологические варианты развития, которые были описаны ранее, а также предложенный им вариант развития личности дефицитарного типа — патологическое развитие личности у больных с физическими уродствами и хроническими инвалидизирующими соматическими заболеваниями, которое позже стали называть психосоматическим развитием. Каждый из названных типов подразделяется на ряд клинических вариантов в зависимости от преобладания тех или иных характерологических нарушений.

Р., 15 лет, 4 года назад в результате железнодорожной травмы перенес ампутацию левой ноги на уровне середины бедра и левой руки с вычле-

Таблица 5

**Соответствие типов психопатий
и акцентуаций личности (характера)**

Психопатии по П.Б.Ганнушкину	Психопатии по К.Шнайдеру	Тип акцентуации личности по К.Леонгарду	Тип акцентуации характера по А.Е.Личко
Истерические	Ищущие признания	Демонстративный	Истероидный
Параноические	Фанатичные	Застревающий	Паранойальный
Эпилептоидные	Эксплозивные	Возбудимый	Эпилептоидный
Психастенические	Неуверенные в себе	Педантичный (ананкастный)	Психастенический
Астенические (неврастенические)	Астенические	Тревожно-боязливый	Астено-невротический
Конституционально-возбудимые	Гипертимики	Гипертимический	Гипертимный
Конституционально-депрессивные	Депрессивные	Дистимический	–
Циклотимные	–	Циклотимический	Циклоидный
	Эмоционально-лабильные	Аффективно-экзальтированный	Эмоционально-лабильный
	–	Эмотивный	Сензитивный
Шизоидные	Бездушные (холодные)	Интравертированный	Шизоидный
Неустойчивые	Безвольные	–	Неустойчивый
Конституционально-глупые	–	Экстравертированный	Конформный
Антисоциальные	–	–	–

нением части ключицы и лопатки. Были сделаны протезы, с которыми он не очень успешно управляется. После травмы в течение 3 лет отмечался дневной и ночной энурез, который прекратился к 14-летнему возрасту. Психическое состояние в настоящее время определяется характерологическими нарушениями.

Переживает, что он «калека», «доводит до бешенства» необходимость отвечать на вопросы о причинах такого состояния. Очень обижается, если кто-то разглядывает его протезы, даже если это родители. Стал эгоистичным, капризным, раздражительным. Если что-то его не устраивает, кричит, становится агрессивным, особенно по отношению к родителям, упрямый, несговорчивый. Если рядом находятся другие люди, особенно незнакомые, замыкается, молчит, злобно смотрит исподлобья. Настроение неровное, чаще угрюмо-печальное. Сон и аппетит хорошие.

Друзей практически не имеет, хотя и тянется к сверстникам, предпочитая общение по телефону. Стержневым переживанием больного является железнодорожная трагедия и ее последствия, не может говорить на эту тему, возмущается, если по телевизору показывают передачи о подобных происшествиях. В данном случае можно говорить о невротическом формировании личности по возбудимому типу. Скорее, этот вариант патологии можно отнести к патологическим формированиям личности при хронических инвалидизирующих соматических расстройствах, по В.В.Ковалеву.

Понятие *патохарактерологическое развитие* использовал П.Б.Ганнушкин (1933) для обозначения разных вариантов динамики психопатий. Ценные работы, посвященные патологическому развитию детей и подростков, принадлежат Г.Е.Сухаревой, Т.П.Симсон. В работах О.В.Кербикова и его учеников много внимания уделялось биологическим и социальным факторам (прежде всего условиям воспитания) в возникновении патологии личности. Особое патогенетическое значение в формировании краевых психопатий имеет эмоциональная депривация в раннем детском возрасте (при физическом уродстве, сиротстве и т.п.), а также неправильное воспитание.

В зависимости от их преобладания выделялись «ядерные» (конституциональные) и «краевые» (нажитые) формы психопатий. Становление «краевых» психопатий связано с нарушением развития личности в постнатальном периоде. Это аномалии характера, возникающие в результате патохарактерологического развития личности под влиянием неблагоприятных социально-психологических факторов. При формировании краевой психопатии наблюдаются «психопатические циклы»: в результате психогенного заболевания личность становится эмоционально-лабильной, создает конфликт, дает на него психогенную реакцию, и после нее обнаруживаются еще более выраженные патохарактерологические черты, такие как взрывчатость, склонность к истерическим формам поведения, демонстративность и др. (О.В.Кербиков).

Особое внимание О.В.Кербиков уделял *невротическим развитиям личности*. В монографии Н.Д.Лакосиной «Невротические развития личности» (1970) был обобщен опыт изучения этой патологии. Данная форма психогенного развития, характеризующаяся специфической динамикой, также приводит к формированию патологии личности (краевой психопатии). Возникает невротическое развитие при длительно существующей психогенно-травматической ситуации. Первый этап невротического развития личности протекает с депрессивной и астено-депрессивной симптоматикой, второй — с характерологическими изменениями личности с преобладанием истерических, эксплозивных черт, либо астенического синдрома со склонностью к навязчивостям.

Постреактивное развитие личности является одним из путей формирования краевых психопатий. Психогенные реакции (реактивные психозы) в условиях массивной травматизации не всегда проходят бесслед-

но. После стихания острых явлений может обнаруживаться заострение преморбидных характерологических свойств больных, в том числе ранее скрытых (латентных). Типичная динамика постреактивного развития описана В.А.Гурьевой и В.Я.Гиндикиным (1980): реактивное состояние сменяется углублением и усложнением доминирующих отрицательно окрашенных представлений, формируется комплекс сверхценных переживаний, появляется психопатоподобное реагирование, которое, закрепляясь, приводит к формированию психопатических личностных особенностей. Так, после тяжелых психогенных психозов с истерическими симптомокомплексами нередко усиливаются конституционально обусловленные истерические проявления, черты возбудимости и склонность к эксплозивным реакциям (Иммерман К.Л., 1979). После затяжных психогенных депрессий может надолго оставаться стойкая гипотимия со сниженным фоном настроения, потерей жизнерадостности, ослаблением способности реагировать положительными эмоциями на те или иные моменты окружающей действительности. Возможно также психогенно обусловленное паранойяльное развитие.

В МКБ-10 в качестве аналога постреактивного развития личности могут рассматриваться стойкие изменения личности после переживания катастрофы (подрубрика F62.0). Диагностическими признаками являются:

- враждебное или недоверчивое отношение к миру;
- социальная отгороженность;
- ощущение опустошенности и безнадежности;
- хроническое чувство волнения, постоянной угрозы;
- отчужденность.

Другие варианты патологического развития, хотя и не выделяются в отдельные подрубрики, могут быть отнесены к рубрике F62 «Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга». В частности, в подрубрике F62.1 выделяются «Стойкие изменения личности после психического заболевания». При этом подчеркивается, что эти изменения возникают после клинического выздоровления и не могут являться остаточными симптомами предшествовавшей психической болезни. То есть речь, по сути, идет о реакции личности на болезнь или одном из вариантов нозогений.

13.3. Изменения личности при психических заболеваниях (психопатоподобный синдром)

Изменения личности (дефект личности) вследствие психического заболевания или органического поражения головного мозга

Личностные дефекты — *деградация личности* и *психопатоподобные расстройства* — являются следствием или непосредственным клиническим проявлением тяжелых психических заболеваний или органических поражений головного мозга. Возникающие изменения, мало зависящие

от личностного преморбида и внешних ситуационных обстоятельств, отличаются стойкостью. Характер личностных изменений или дефект личности определяются особенностями самого болезненного процесса. Именно поэтому личности с различными вариантами преморбида становятся похожими по мере развития заболевания. Наблюдаются глубокие изменения основных черт индивидуальности, начиная со способностей, проявлений темперамента, характерологических особенностей и заканчивая высшими проявлениями личности — направленностью, интересами, мировоззрением. Различают несколько типов личностных дефектов: шизофренический, эпилептический, органический, алкогольный и др., — клиническая картина которых описывается в соответствующих главах.

Деградация личности (от франц. *degradation* — упадок, понижение рангом) — постепенное разрушение, регресс личности, проявляющийся утратой присущих ей свойств с обеднением всех ее качеств (чувств, суждений, дарований, активности и др.). Деградация личности является составной частью более глубокого распада психики — деменции (слабоумия), проявления которой зависят от характера заболевания. Наиболее характерны явления деградации для клиники алкоголизма и других видов зависимости (химической и нехимической). Деградация личности вначале проявляется снижением уровня личности, выражающимся в ее потребностях, морально-этических качествах, отношении к своим обязанностям. Круг интересов у таких больных сужен, главным образом в общекультурном аспекте: они перестают читать книги, посещать театры, кино. Таким больным присущи беззаботность, легкомыслие, плоский юмор («юмор висельника») наряду с брюзжанием, недовольством, капризностью. Одновременно у них наблюдаются лживость, эгоизм, эгоцентризм. Ослабевают или утрачиваются чувство долга перед обществом, коллективом, семьей. Свое неправильное поведение в быту они категорически отрицают, в эксцессах обвиняют членов своей семьи. Суждения больных поверхностные, планы на будущее несерьезны, легковесны. В быту они неряшливы, фамильярны, надоедлив. Критика у них снижена, нередко больные полностью игнорируют плохое состояние своего здоровья, свою безопасность. В их поведении появляются развязность, разболтанность, склонность к обнаженному цинизму, снижение этических чувств, стыда, брезгливости. По мере прогрессирования заболевания нарастают психопатоподобные (патохарактерологические) и интеллектуальные расстройства.

Психопатоподобные нарушения могут быть проявлением основной клинической картины заболевания, в таких случаях речь обычно идет о непрерывном (чаще малопрогредиентном) типе течения патологического процесса (псевдопсихопатическая или психопатоподобная шизофрения, F21.4, органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией мозга, включая эпилепсию, F07.8). Другим вариантом психопатоподобных расстройств могут быть **резидуальные изменения личности** по типу нажи-

той психопатии или псевдопсихопатии после приступов шизофрении (Снежневский А.В., 1972; Смулевич А.Б., 1983) или однократных повреждений головного мозга (травмы, нейроинфекции, интоксикации).

Диагностическое значение нарушений личности

Необходимость изучения личностного преморбида, характера личностных изменений, динамики их нарастания и степени выраженности определяются их значимостью в оценке причин возникновения того или иного заболевания, факторов, способных оказывать влияние на болезненный процесс, прогнозирование дальнейшего течения, глубину дефекта и выбор методов терапии.

Личностный преморбид оказывает влияние на:

- возникновение тех или иных психических расстройств или заболеваний, в частности психогенных нарушений, наркологических заболеваний — один из факторов риска;
- проявление психических расстройств — модифицирующее влияние. Например, психогенная (реактивная) депрессия по разному протекает у личностей истерического, тревожно-мнительного и паранойяльного круга;
- динамику психических расстройств — склонность к затяжным формам, возникновению патологического развития;
- внутреннюю картину болезни и реакцию личности на болезнь.

Оценка преморбидного типа личности (акцентуации или расстройства личности), признаков патологического развития личности важна для диагностики, прогноза и выбора методов психотерапии и реабилитации. Появление и нарастание психопатоподобных расстройств в клинике психических заболеваний, резидуальных или текущих органических поражений головного мозга необходимо оценивать при постановке диагноза, определении клинической формы расстройств и выборе методов лечения и реабилитации.

Методы выявления нарушений личности включают анамнестические сведения, в том числе со слов родственников или близких знакомых больного, непосредственное наблюдение за больным в процессе бесед, проведения психотерапевтических сеансов или групповых занятий, сведения о поведении больного, полученные от медперсонала и других пациентов. Дополнительно могут использоваться экспериментально-психологическое обследование с привлечением различных методик исследования личности (ММРІ или СМІЛ, тест Айзенка, проективные методы и др.).

13.4. Особенности патологического развития личности у детей и подростков

Несмотря на то что психопатии, особенно конституциональные («ядерные»), и патологическое формирование личности являются весьма заметными в своих клинических проявлениях, с их диагностикой не

следует спешить. В отечественной психиатрии пользуется авторитетом мнение П.Б.Ганнушкина о том, *что пока не закончилось формирование личности, т.е. до 20–22-летнего возраста, диагноз психопатии следует ставить чрезвычайно осторожно.* У детей и подростков предпочтительно говорить о патологическом формировании характера, а не всей личности. Это положение активно отстаивал А.Е.Личко, описывавший у подростков акцентуации характера, а не акцентуации личности, как К.Леонгард. В МКБ-10 данное положение нашло отражение в выделении класса F6 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте». Вместе с тем подростковый возраст оценивается как критический в плане возникновения аномалий характера и деформации формирующейся личности. В этом возрасте усложняются требования к подростку как с позиций общепринятых норм поведения и взаимоотношений со сверстниками, учителями, родителями, так и с позиций соблюдения норм закона. Все это требует определенных адаптивных возможностей, обеспечивающих изменение поведения в зависимости от складывающихся жизненных обстоятельств. Однако сочетание ряда факторов недостаточной зрелости основных психических функций — эмоциональной неустойчивости, ригидности, инфантильности жизненных установок — ограничивают эти возможности. В условиях неблагоприятно складывающихся внешних обстоятельств у подростков психогенно могут возникать поведенческие реакции, включающие определенные черты патологического реагирования.

Психогенные поведенческие реакции занимают крайнее положение между болезнью и психическим здоровьем. Они могут быть как вариантами нормального поведения, так и патологическими, в частности скрывающими более тяжелые аффективные расстройства (В.А.Гурьева). Характерными особенностями психогенных поведенческих реакций являются обусловленность определенными обстоятельствами и ситуациями, отчетливая возрастная специфика, кратковременность. Наиболее часто выделяют реакции эмансипации, группирования со сверстниками, имитации, оппозиции или протеста, отказа, компенсации, гиперкомпенсации и др.

Реакция эмансипации проявляется в стремлении к самостоятельности, освобождению от опеки взрослых, стремлении делать все наперекор родителям. В той или иной форме реакция эмансипации, связанная с переходным возрастом, отмечается у всех подростков. При неправильной тактике поведения родителей с их чрезмерной опекой и давлением на подростка, противостояние может привести к протестным формам поведения — уходу из дома, бродяжничеству. В школе реакция эмансипации выражается в непослушании, декларации своей независимости. Некоторые подростки начинают демонстрировать пренебрежение общественно принятыми нормами поведения: открыто курить, сквернословить.

Реакция группирования со сверстниками отражает этап в развитии ребенка, приходящийся на возраст 8–12 лет, для которого характерно

групповое существование — «нахождение в системе». Группирование обычно происходит по интересам (спорт, компьютерные игры, музыка, туризм и др.), но объединяющими в некоторых группах могут быть маргинальные культовые идеи, например сатанизм, или асоциальные формы поведения. В таких группах действуют строгие порядки, основанные на системе поощрения и наказания, используются ритуалы, базирующиеся на страхе и экзальтации. У подростков в таких группах формируется новый поведенческий стереотип. Подростки, придавая сверхценное значение пребыванию в группе, становятся зависимыми от лидеров, скрывают от родителей свое времяпрепровождение, лгут. Для подростков, имеющих психологические проблемы, пребывание в таких группах имеет крайне отрицательные последствия (вовлечение в проституцию, приобщение к наркотикам).

Реакции имитации проявляются в подражании в поведении определенному лицу, литературному или кинематографическому герою, лидерам подростковых компаний, кумирам молодежной моды. Подражая своим кумирам, подростки начинают копировать их внешний вид, стиль поведения. Объектом для подражания могут становиться личности, ведущие аморальный образ жизни, и поэтому подростки могут прибегать к употреблению алкоголя и наркотиков, совершать другие серьезные проступки. В силу повышенной внушаемости подростки могут стать объектом манипуляции со стороны вожakov криминальных банд или тоталитарных сект. *Отрицательная реакция имитации* может проявляться в том, что все поведение подростка строится как противоположное определенному, значимому для него лицу. В некоторых случаях подобные реакции могут иметь позитивное влияние на формирующуюся личность. Например, в противопоставление грубому отцу, пьющему и устраивающему постоянные скандалы, подросток вырабатывает сдержанность, доброжелательность, заботится о близких и т.д.

Реакции оппозиции (протеста) возникают при предъявлении ребенку или подростку чрезмерных требований (например, хорошо учиться, если ребенок при этом испытывает серьезные затруднения) или в результате утраты им привычного внимания и заботы со стороны близких, особенно матери. Проявления этих реакций различны. Активные формы протеста выражаются непослушанием, дерзостью, агрессивным поведением, включающим акты вандализма. Пассивные реакции протеста могут проявляться отказом от еды, мутизмом, уходами из дома, прогулами школьных занятий. Проявлениями протеста могут быть попытки самоубийства, часто демонстративные. Цель таких реакций — избежать трудностей либо привлечь к себе внимание родителей или других заинтересованных лиц.

Реакции отказа наблюдаются у детей при внезапном отрыве от матери, семьи, помещении в детское учреждение. Проявляются такие реакции подавленностью, отказом от контактов, игр, иногда от пищи. У подростков такие реакции наблюдаются редко и свидетельствуют о выраженном инфантилизме.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации заключаются в том, что неудачи в одной области подростки стремятся компенсировать в другой. Например, физически слабый мальчик компенсирует свою неполноценность успехами в учебе и, наоборот, затруднения в учебе компенсируются определенными формами поведения, смелыми поступками, озорством и т.д. Неуверенные в себе подростки стараются казаться старше, преподносят себя в более привлекательном виде, прибегают к агрессивно-наступательному поведению. Для компенсации сенситивных черт характера стараются держаться нарочито грубо и вызывающе. Считается, что пока поведение способствует социальной адаптации, — это реакция компенсации, если же эти реакции приводят к дезадаптации, то речь идет о реакции гиперкомпенсации.

Патохарактерологические реакции проявляются выраженными, ситуационно обусловленными и стереотипно повторяющимися отклонениями в поведении, приводящими к временной социально-психологической дезадаптации, и могут сочетаться с невротическими, соматовегетативными расстройствами. Преобладают аффективная возбудимость, эмоционально-волевая дисгармоничность, нестабильность настроения. Патохарактерологическим реакциям свойственна недостаточность личностного критического отношения к ним. Характер и выраженность реакции определяются, с одной стороны, воздействиями среды, с другой — особенностями формирующейся личности. Выделяют *аффективно-эксплозивный, неустойчивый и истероидный типы* патохарактерологических реакций. Продолжительность их измеряется неделями, месяцами, иногда годами. В отличие от нажитых («краевых») психопатий, отсутствуют тотальность и стабильность нарушений характера. Патохарактерологические реакции могут сохраняться на протяжении ряда лет, если не устраняются их причины, и приобретать черты патологических поведенческих реакций. А.Е.Личко выделяет признаки *патологических поведенческих реакций*: 1) склонность к генерализации, т.е. они могут возникать в разных ситуациях и в связи с неадекватными причинами; 2) склонность к повторению однотипных поступков по разным поводам; 3) превышение определенного «потолка» нарушений поведения; 4) нарушение социальной адаптации. При этом существует опасность формирования патологической структуры личности и поведения — краевой психопатии, в понимании О.В.Кербикова.

Раздел III.

**ТЕРАПИЯ
ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ.
РЕАБИЛИТАЦИЯ
И ПРОФИЛАКТИКА**

Глава 14.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Способы лечения психических расстройств принято разделять на биологические и психотерапевтические.

К биологическим относятся те методы лечения, которые оказывают терапевтическое действие на биологическом уровне.

Чаще эти методы полностью или частично редуцируют клинические проявления психической патологии (симптоматическое лечение), реже они влияют на этиологию и патогенетические механизмы психических расстройств (этиологическая и патогенетическая терапия).

Биологические методы лечения психических расстройств разнообразны. К ним относятся психофармакотерапия, шоковые методы (инсулинокоматозная и электросудорожная терапия), применение противосудорожных средств при эпилепсии, препаратов, подавляющих влечение к наркотикам, антибиотиков при прогрессивном параличе, фототерапии депрессий, терапии депрессий депривацией (лишением) сна.

В психиатрии используются различные биологические методы лечения, заимствованные из других областей медицины: лазерная терапия, иглорефлексотерапия, физиотерапия, лечение гормональными препаратами, иммунокорректорами, витаминами. Эти методы самостоятельного значения не имеют, используются как дополнительные в комплексной терапии психических расстройств.

Среди биологических методов лечения, применяемых в психиатрии, центральное положение занимает психофармакотерапия.

14.1. Психофармакотерапия

14.1.1. Основные положения

К *психотропным препаратам* относят лекарственные средства, обладающие способностью устранять (полностью или частично) те или иные психопатологические проявления, а иногда и оказывать определенное положительное влияние на патогенетические механизмы психических

расстройств. История психофармакотерапии началась в 1952 г., когда французские врачи А.Делей и П.Деникер, получив сведения о выраженных седативных свойствах хлорпромазина (аминазина), успешно применили этот препарат у больных с психомоторным возбуждением.

Вскоре началась интенсивная работа по синтезированию психотропных средств и их внедрению в психиатрическую практику. К настоящему времени психотропные препараты заняли ведущие позиции в биологической терапии психических расстройств.

К достоинствам психотропных средств относятся быстрое действие, возможность длительного, в том числе амбулаторного, применения, наличие набора препаратов, устраняющих разные психопатологические проявления, существование различных способов введения.

Часть препаратов применяется как перорально, так и парентерально (внутримышечно, внутривенно, струйно и капельно). Используются и психотропные средства пролонгированного действия. Некоторые из них вводятся больному всего один раз в 2–4 нед.

Благодаря широкому применению психотропных средств, которые нередко быстро купируют речедвигательное возбуждение, агрессию, другие проявления острых психозов, упорядочивают поведение психически больных в целом, радикально улучшилась обстановка в психиатрических учреждениях. Еще более важно то, что появилась возможность во многих случаях не прибегать к стационарному лечению психически больных, а ограничиться амбулаторной психофармакотерапией. За счет проведения поддерживающей и противорецидивной терапии психотропными средствами сократились не только количество, но и продолжительность госпитализаций, увеличилась длительность ремиссий.

Психофармакотерапия позволяет у части психически больных отдалить сроки инвалидизации или избежать ее, улучшить социальную адаптацию и качество жизни.

Вместе с тем психофармакотерапия не лишена ряда недостатков. Во-первых, значительная доля больных, которым назначаются психотропные средства, уклоняются от их приема, особенно в амбулаторных условиях, и их трудно контролировать. Во-вторых, большинство психофармакологических препаратов обладают преимущественно симптоматическим действием, нивелируют клинические проявления психических расстройств, существенно не влияя на их патогенез. Соответственно, ремиссии, возникающие на фоне психофармакотерапии, нередко оказываются весьма поверхностными, неустойчивыми. Для их стабилизации требуется долгий, нередко многолетний прием психотропных препаратов. В-третьих, некоторые классы психотропных средств (транквилизаторы, психостимуляторы) при длительном применении могут вызывать психическую, а иногда и физическую зависимость. Однако в целом достоинства психофармакотерапии существенно преобладают над недостатками.

Диапазон разовых и суточных доз большинства психотропных средств значителен. При характеристике конкретных препаратов, рас-

смотренных далее, будут приведены наиболее употребительные активные дозы для перорального применения. Эти дозы иногда могут быть превышены при особой остроте, тяжести психических расстройств, их терапевтической резистентности. При малой выраженности психических нарушений, наличии относительных противопоказаний разовые и суточные дозы психотропных средств могут быть значительно ниже указанных.

При парентеральном введении препаратов разовые и суточные дозы чаще составляют половину от тех доз, которые назначаются перорально.

14.1.2. Классификация психотропных средств

Классификация психофармакологических препаратов основана в первую очередь на их ведущих клинических эффектах. Выделяют 6 классов психотропных средств:

- нейролептики;
- антидепрессанты (тимоаналептики);
- транквилизаторы;
- психостимуляторы;
- ноотропные препараты (препараты нейрометаболического действия);
- стабилизаторы аффекта (нормотимики).

В рамках отдельных классов психотропных средств принято выделять группы препаратов с учетом особенностей их клинических эффектов, химической структуры, механизмов действия.

Нейролептики

Клиническое действие и показания к применению

К нейролептикам относят препараты с антипсихотическим действием. Клинические эффекты нейролептиков разнообразны, но наиболее значимы из них следующие:

- общее антипсихотическое действие — присущее ряду наиболее мощных нейролептиков, способность глобально воздействовать на психоз, купировать, «обрывать» психотические приступы в целом, а иногда и задерживать, приостанавливать прогрессирование хронических и рецидивирующих психозов, в первую очередь шизофрении;
- выраженные седативные свойства, способность устранять различные виды психомоторного возбуждения;
- избирательное антипсихотическое действие в виде полной или частичной редукции продуктивной психотической симптоматики (бред, галлюцинации, психические автоматизмы);
- способность корригировать расстройства поведения.

Кроме того, многим нейролептикам присущи и другие клинические действия: противотревожные (анксиолитические) свойства, снотвор-

ный, некоторый противосудорожный, гипотензивный, гипотермический эффекты, потенцирование действия анальгезирующих, наркотических средств; соматотропные эффекты, используемые в лечении ряда висцеральных заболеваний.

Показания к применению нейролептиков: любое психомоторное возбуждение (маниакальное, кататонно-гебефренное, галлюцинаторно-бредовое, делириозное, тревожное, психопатическое); все галлюцинаторно-бредовые синдромы (паранойяльный синдром, острые и хронические галлюцинозы, синдром психического автоматизма, паранойяльный синдром); расстройства поведения, особенно возбужденного, истерического типа.

Нейролептики используются при психозах любой этиологии, однако основную массу больных, получающих нейролептики, составляют больные шизофренией.

В невысоких дозах нейролептики применяются при невротических, неврозоподобных, психосоматических и других непсихотических расстройствах.

Побочные действия, осложнения и противопоказания к нейролептической терапии

К наиболее актуальным соматическим побочным эффектам относятся артериальная гипотония и ортостатические коллапсы, лейкопения, агранулоцитоз, увеличение массы тела, эндокринные сдвиги.

Из неврологических расстройств особенно характерны паркинсоноподобные расстройства (**нейролептический синдром**).

Из-за высокого риска возникновения паркинсоноподобных расстройств нейролептики часто применяются в сочетании с антипаркинсоническими средствами (циклодолом, его аналогами, акинетоном).

Возможно развитие акатизии (субъективно тягостной неусидчивости, лишних движений) и приступообразных неврологических расстройств в виде тонических судорог глазных мышц, мышц лица, шеи, языка. При длительном применении значительных доз нейролептиков иногда возникают трудно поддающиеся лечению поздние дискинезии (тикоподобные гиперкинезы с преимущественной локализацией в области головы и шеи, кривошея, блефароспазм).

Редкое, но опасное осложнение — **злокачественный нейролептический синдром** в виде помрачения сознания, речедвигательного возбуждения, гипертермии, острых соматовегетативных и неврологических расстройств.

Психопатологические побочные эффекты выражаются в нейролептических депрессиях и в однообразии эмоциональных реакций, вялости, замедлении, монотонности психических процессов в целом.

Возможны кожные аллергические реакции у больных и контактные дерматиты у медицинского персонала.

Противопоказаниями для применения большинства нейролептиков являются декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, тяжелая

патология печени и почек, лихорадка, алкогольное и наркотическое опьянение, паркинсонизм, закрытоугольная глаукома, аденома предстательной железы, беременность и кормление грудью.

Прием нейролептиков несовместим с управлением транспортом и с другими видами деятельности, требующими высокой концентрации внимания и быстрых психомоторных реакций.

Механизмы действия нейролептиков

Лечебные эффекты нейролептиков связывают с их блокирующим влиянием на церебральные нейромедиаторные системы: особенно на дофаминергическую и серотонинергическую и, в меньшей степени, — на норадренергическую и холинергическую. С нейрофизиологических позиций клинические эффекты нейролептиков объясняются торможением подкорковых структур мозга, включая ретикулярную формацию, которая активирует деятельность коры головного мозга. В результате снижаются напряжение, скорость нейрофизиологических процессов в коре, что способствует редукции той или иной продуктивной симптоматики, в том числе бреда, галлюцинаций и других психотических проявлений.

Систематика нейролептиков и клиническая характеристика препаратов

С учетом преобладающих лечебных эффектов, различают 4 группы нейролептиков:

- нейролептики с преимущественно седативным действием;
- атипичные нейролептики;
- нейролептики с преобладанием антипсихотических свойств;
- нейролептики-корректоры поведения.

Нейролептики с преимущественно седативным действием

Препараты этой группы обладают выраженными общеуспокаивающими, затормаживающими, противотревожными, снотворными, миорелаксирующими свойствами при меньшей антибредовой и антигаллюцинаторной активности.

Хлорпромазин* (**аминазин**) — один из наиболее мощных нейролептиков-седатиков. Обладает общим антипсихотическим действием. Используется в виде внутримышечных инъекций при различных вариантах речедвигательного возбуждения, острых галлюцинаторно-бредовых психозах, при тревоге с ажитацией, аффективной напряженности, злобности, агрессивности, тяжелых расстройствах сна у психотических больных. У больных с двигательной расторможенностью, менее глубокой тревогой, возбудимостью применяется в таблетированной форме. Обнаруживает выраженное гипотензивное действие. Иногда вызывает депрессию.

* В скобках приведены наиболее широко используемые торговые названия.

Суточная доза — 300–600 мг.

Левомепромазин (тизерцин) по спектру клинических эффектов и активности близок к аминазину. В отличие от аминазина, не вызывает депрессии. Показания к применению такие же, как у аминазина. Имеет инъекционную форму.

Суточная доза — 75–200 мг.

Сультоприд (топрал) применяется для купирования маниакального и других видов возбуждения, острых галлюцинаторно-бредовых психозов, интенсивной тревоги, агрессивного поведения.

Выпускается в виде таблеток и раствора для инъекций.

Суточная доза — 400–1200 мг.

Клозапин (азалептин) сочетает выраженные седативные и антипсихотические свойства. Показан при острых и особенно при хронических галлюцинаторно-бредовых психозах. Почти не вызывает неврологических побочных эффектов, но соматически переносится хуже большинства других нейролептиков. Самое опасное осложнение — агранулоцитоз. Имеет таблетированную и инъекционную формы выпуска.

Суточная доза — 100–600 мг.

Хлорпротиксен (труксал) сочетает умеренный седативный и некоторый антипсихотический эффекты. Применяется при алкогольном делирии, аффективном напряжении, тревоге, двигательном беспокойстве, расстройствах поведения. Обладает выраженным противорвотным действием. Имеет инъекционную форму.

Суточная доза — 50–200 мг.

Промазин (пропазин) по клиническим эффектам сходен с аминазином, но менее активен. Вместе с тем лучше переносится, лишен депрессогенных свойств. В инъекционной форме используется при речедвигательном возбуждении, спутанности у соматически ослабленных больных и лиц позднего возраста.

Суточная доза — 100–600 мг.

Атипичные нейролептики

Кветиапин (сероквель) — суточная доза 300–450 мг.

Зипразидон (зелдокс) — суточная доза 40–120 мг.

Амисульприд (солиан) — суточная доза 200–800 мг.

Кветиапин, зипразидон и амисульприд обладают всеми свойствами атипичных нейролептиков. Все они способствуют редукции бреда и галлюцинаций, относительно редко вызывают неврологические побочные эффекты, положительно влияют на негативную симптоматику и когнитивные функции.

Клозапин и сульприд также относят к атипичным нейролептикам, учитывая их клинические и побочные действия.

Нейролептики с преимущественно антипсихотическим действием

Эта группа нейролептиков устраняет продуктивную психотическую симптоматику. Некоторые из препаратов сочетают выраженные анти-

психотический и седативный эффекты. Другие обладают активирующим, растормаживающим действием.

Галоперидол относится к широко применяемым нейролептикам. Сочетает выраженные антипсихотические и седативные свойства. Используется в лечении как острых и хронических галлюцинаторно-бредовых расстройств, так и маниакального и других видов психомоторного возбуждения. Выпускается в таблетках, каплях и растворе для инъекций.

Суточная доза — 10–60 мг.

Есть пролонгированная форма препарата — *галоперидол-деканоат*. Вводится в/м один раз в 2–4 нед.

Трифлуоперазин (трифтазин) по влиянию на бред и галлюцинации несколько уступает галоперидолу. В малых дозах обнаруживает некоторый активирующий эффект, используемый при неглубоких вялоапатических состояниях у больных шизофренией. Формы выпуска: таблетки и раствор для инъекций.

Суточная доза — 30–80 мг.

Рisperидон (рисполепт) обладает противобредовым, антигаллюцинаторным, антикататоническим эффектами. Один из немногих препаратов, оказывающих положительное влияние на негативные расстройства (снижение активности, эмоциональное обеднение, проявления аутизма) у больных шизофренией. Редко вызывает побочные неврологические эффекты.

Суточная доза — 2–6 мг.

Оланзапин (зипрекса) применяется при острых и хронических психозах с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Смягчает негативные изменения личности при шизофрении. Существенное достоинство препарата — практическое отсутствие нейролепсии и других побочных неврологических действий.

Суточная доза — 5–20 мг.

Рisperидон и оланзапин — наиболее распространенные атипичные нейролептики.

Флупентиксол (флюанксол) — нейролептик с дозозависимыми эффектами. Выпускается в таблетках и капсулах. В малых дозах (до 3 мг) обладает антидепрессивным и противотревожным эффектами. В средних дозах (3–40 мг) имеет четкий антидефицитарный эффект. Применяется для лечения негативных расстройств при шизофрении. В высоких дозах (40–150 мг) оказывает мощное антипсихотическое действие. Используется для преодоления резистентности к другим нейролептикам.

Суточная доза — 1–150 мг.

Выпускается депонированная форма препарата — *флупентиксол-деканоат*. Вводится в/м с интервалом 2–3 нед.

Зуклопентиксол (клопиксол) обладает мощным общим и избирательным антипсихотическим эффектами, имеет преходящее седативное действие, содержит уникальную форму — *зуклопентиксола-ацетат (клопиксол-акуфаз)*, специально созданную для купирования острых состояний (сохраняет активность до 72 ч после инъекции).

Суточная доза — 10–50 мг.

Депонированная форма — *зуклопентиксол-деканоат* — вводится в/м один раз в 2–4 нед.

Этаперазин — относительно мягкий нейролептик-антипсихотик. Менее активен, чем большинство перечисленных выше препаратов. Вместе с тем он реже вызывает побочные эффекты. Применяется при галлюцинаторно-бредовых расстройствах, особенно при наличии серьезных соматических заболеваний и в позднем возрасте. Обладает центральным противорвотным действием.

Суточная доза — 20–60 мг.

Дроперидол обладает быстрым, интенсивным, но непродолжительным действием. Основные эффекты: седативный, антипсихотический, миорелаксирующий, гипотензивный, противорвотный. Потенцирует действие анальгетиков. В психиатрии применяется редко, главным образом для купирования психомоторного возбуждения. В основном используется в анестезиологии как средство премедикации и при проведении нейролептаналгезии в сочетании с анальгетиками. Вводится внутримышечно, подкожно и внутривенно. Разовая доза — 2,5 мг, суточная — до 7,5 мг.

Сулпирид (эглонил) сочетает мягкий антипсихотический эффект с антидепрессивным и активирующим. Используется в комплексной терапии при галлюцинаторно-бредовых и депрессивно-бредовых состояниях, сопровождающихся апатией, вялостью.

Нередко применяется в гастроэнтерологии для лечения язвенной болезни желудка (в сочетании с другими способами лечения). Имеет инъекционную форму.

Суточная доза варьирует от 100 до 1000 мг.

Нейролептики-корректоры поведения

Препараты, у которых среди клинических эффектов на первый план выступает способность полностью или частично устранять расстройства поведения, преимущественно возбудимого или истерического круга. Уменьшают взрывчатость, демонстративность, агрессивные тенденции, расторможение влечений. Антипсихотические свойства выражены относительно слабо. Редко вызывают нейролепсию.

Перициазин (неулептил). Особенно часто используется для коррекции возбудимости и злобной агрессивности, нарушений пищевого поведения, двигательной расторможенности. Широко применяется в детской и подростковой психиатрии. Выпускается в капсулах и каплях.

Суточная доза для взрослых — 20–60 мг.

Тиоридазин (сонапакс, меллерил). Наряду с корригирующим влиянием на расстройства поведения обладает умеренными антипсихотическим, седативным и психоактивирующим эффектами.

Часто применяется в лечении клинически разных субпсихотических, психопатических и невротических нарушений. При длительном применении высоких доз возможно развитие ретинопатии.

Суточная доза — от 50 до 500 мг.

Антидепрессанты (тимоаналептики)

К тимоаналептикам относят препараты, главное клиническое действие которых заключается в устранении или ослаблении депрессий. У здоровых лиц антидепрессанты не вызывают повышения настроения.

Наряду с ведущим антидепрессивным эффектом тимоаналептики обладают и другими клиническими действиями.

Одним из них присущи психостимулирующие, активирующие свойства; другие оказывают седативное, затормаживающее действие; третьи — не проявляют ни отчетливых стимулирующих, ни седативных свойств. Многие антидепрессанты обнаруживают противотревожное, антифобическое и антиобсессивное действие.

Показания к применению

Основные показания для назначения антидепрессантов — депрессии разной глубины (психотические, непсихотические), с разными клиническими особенностями и любой этиологии (эндогенной, экзогенно-органической, соматической, интоксикационной, психогенной). Кроме того, тимоаналептики используются при алкогольной и наркотической абстиненции, нервной анорексии и булимии, психосоматических расстройствах, хроническом болевом синдроме, заболеваниях желудочно-кишечного тракта. «Малые» (мягкие) антидепрессанты и активные антидепрессанты в невысоких дозах часто назначаются при различных формах невротозов и других непсихотических расстройствах. Антидепрессивный и иные клинические эффекты тимоаналептиков проявляются медленно. Поэтому оценка их эффективности в большинстве случаев возможна через 3—4 нед. от начала лечения.

Побочные эффекты и осложнения

Чаше побочные эффекты и осложнения возникают при использовании значительных доз трициклических антидепрессантов (имипрамина, амитриптилина, кломипрамина). Эти препараты обладают выраженной антихолинергической активностью. Их применение может сопровождаться приступами тахикардии, экстрасистолиями, колебаниями АД, сухостью слизистых оболочек. Трициклики противопоказаны при тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях, глаукоме, атонии кишечника и мочевого пузыря, аденоме предстательной железы.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам) переносятся лучше. Их побочное действие чаще выражается в диспепсии. В редких случаях возможно развитие серотонинового синдрома в виде комплекса диспептических и неврологических (тремор, акатизия, миоклонические проявления, дизартрия) нарушений. Иногда при крайней степени выраженности серотонинового синдрома развиваются спутанность сознания, гипертермия, сердечно-сосудистые расстройства. Проявления серотонинового синдрома в большинстве случаев исчезают в ближайшие 3—4 дня после их отмены.

Механизмы действия тимоаналептиков при депрессиях различны.

Возникновение самих депрессий объясняют прежде всего ослаблением синаптической передачи нервных импульсов, обусловленным недостаточной активностью норадренергической, серотонинергической и, в какой-то мере, дофаминергической систем головного мозга.

Антидепрессивное действие трициклических тимоаналептиков связывают с повышением под их влиянием содержания норадреналина и отчасти серотонина в межсинаптических пространствах и улучшением в результате этого синаптической передачи. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам) оказывают антидепрессивное действие, увеличивая содержание этого нейромедиатора в межсинаптических щелях. Обратимые ингибиторы моноаминоксидазы (моклобемид), блокируя ее, также способствуют накоплению активных моноаминов в центральных мозговых структурах и в итоге стимулируют передачу нервного возбуждения.

Систематика антидепрессантов и клиническая характеристика препаратов

По особенностям клинического действия антидепрессанты разграничивают на три группы:

- антидепрессанты со стимулирующими свойствами;
- антидепрессанты с седативным эффектом;
- антидепрессанты сбалансированного действия.

Антидепрессанты со стимулирующими свойствами

Эти препараты, положительно влияя на депрессивную симптоматику, одновременно активируют, растормаживают больных. Вместе с тем антидепрессанты-стимуляторы могут усиливать галлюцинаторно-бредовые расстройства, тревогу, суицидальные тенденции, вызывать диссомнию при назначении в вечернее время, поэтому они принимаются утром и днем.

Имипрамин (мелипрамин) — один из наиболее мощных антидепрессантов. Применяется при тоскливых, адинамических, апатических депрессиях, иногда при фобиях и obsessions, в малых дозах на ночь при энурезе у детей. Назначается перорально, внутримышечно, внутривенно капельно. При внутривенном капельном введении стимулирующий эффект нивелируется.

Суточная доза — 75—300 мг.

Флуоксетин (прозак, проден). Показания те же, что и для имипрамина. При использовании этого препарата необходим тщательный контроль за психическим состоянием пациента в связи с возможностью усиления суицидальных тенденций. Обычно назначается 1 раз в сутки (утром).

Стандартная суточная доза — 20 мг. Иногда ее увеличивают до 60 мг.

Моклобемид (аурорикс) применяется при депрессиях и социальных фобиях.

Суточная доза — 300–600 мг.

Милнаципран (иксел) — антидепрессант с активирующими свойствами.

Суточная доза — 100–250 мг.

Антидепрессанты с седативным эффектом

Тимоаналептики данной группы сочетают антидепрессивное и общеспокаивающее действие. Обладают противотревожным действием, устраняют двигательное беспокойство, расторможенность, углубляют ночной сон. В то же время они нередко вызывают вялость, дневную сонливость, замедляют скорость психических и двигательных реакций, особенно в первые дни и недели приема.

Амитриптилин (саротен, саротен-ретард, триптизол) — широко применяемый антидепрессант-седатик. По силе тимоаналептического действия не уступает имипрамину. Используется при тревожных, ажитированных, ипохондрических депрессиях.

Вводится перорально и парентерально.

Суточная доза — 75–300 мг (саротен-ретард — 50–150 мг).

Флувоксамин (феварин) несколько уступает по антидепрессивной активности амитриптилину, но лучше переносится. Показания сходны с показаниями к применению амитриптилина.

Суточная доза — 100–300 мг.

Миансерин (леривон) — антидепрессант мягкого действия, с отчетливыми седативными свойствами. Широко используется в геронтологической психиатрии. Чаще назначается однократно на ночь.

Суточная доза — 30–90 мг.

Азафен — оригинальный отечественный препарат, является типичным малым антидепрессантом. В основном применяется в амбулаторном лечении непсихотических депрессий. Как правило, побочных эффектов не вызывает.

Суточная доза — 75–300 мг.

Антидепрессанты сбалансированного действия

У препаратов этой группы основной тимоаналептический эффект сочетается со сбалансированными противотревожными и психостимулирующими свойствами.

Кломипрамин (анафранил) не уступает по тимоаналептической активности имипрамину и амитриптилину. Широко применяется в лечении депрессий разной глубины и с разными клиническими особенностями, а также в терапии тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств. Назначается в таблетках, внутримышечно и внутривенно капельно.

Суточная доза — 75–300 мг.

Пароксетин (рекситин, паксил) — активный тимоаналептик из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, сочетает

антидепрессивное, анксиолитическое и стимулирующее действие. Реже вызывает побочные явления и осложнения, чем некоторые другие препараты с аналогичным механизмом действия. Особенно широко применяется при тревожных, ипохондрических и атипичных депрессиях различной этиологии, а также при обсессивно-фобических расстройствах.

Суточная доза — 20–60 мг.

Пиразидол (пирлиндол) — антидепрессант, впервые синтезированный в нашей стране, средний по активности. Относительно редко вызывает побочные эффекты. Особенно показан для использования в детско-подростковой и геронтологической психиатрии.

Суточная доза — 75–300 мг.

Сертралин (золофт), циталопрам (ципрамил) — несколько уступают по силе тимоаналептического действия имипрамину и анафранилу и вместе с тем реже вызывают серьезные побочные эффекты и осложнения. Используются при разных клинических вариантах депрессий, тревоге и навязчивостях.

Суточные дозы сертралина — 50–200 мг, циталопрама — 20–60 мг.

Транквилизаторы

К транквилизаторам относят препараты, которые обладают седативным, психорелаксирующим эффектами (на непсихотическом уровне) и способны устранять тревогу и эмоциональное напряжение. На проявления психозов эти препараты отчетливого влияния не оказывают, исключая особые случаи.

Транквилизаторам присущи многообразные клинические эффекты:

- противотревожное, антифобическое и антиобсессивное действие;
- положительное влияние на продуктивные непсихотические расстройства;
- упорядочивающее действие на неглубокие нарушения поведения;
- способность устранять двигательную расторможенность;
- снотворный эффект;
- вегетостабилизирующее действие;
- противосудорожные свойства;
- миорелаксирующее действие, которое в психиатрии обычно играет роль побочного эффекта.

Перечисленные клинические свойства присущи конкретным препаратам в разной степени.

Показания к применению

Показания к применению: непсихотическая тревога, фобии, обсессии, эмоциональная лабильность, непсихотическая депрессия, астения, другие неврозоподобные нарушения, гиперкинетический синдром, умеренно выраженные расстройства поведения, бессонница, вегетодисто-

ния, эпилептические и эпилептиформные пароксизмы, эпилептический статус, повышенный мышечный тонус.

Транквилизаторы применяются при всех неврозах и неврозоподобных расстройствах различной этиологии, при вялотекущей шизофрении, циклотимии, неглубоких психических нарушениях у соматически больных, при психосоматических расстройствах, эпилепсии, ряде неврологических болезней и как средства премедикации в хирургии.

Иногда к транквилизаторам эпизодически прибегают практически здоровые лица для предупреждения и устранения непатологических острых психовегетативных реакций, обусловленных эмоциональным стрессом (такая практика сомнительна).

Существенное достоинство транквилизаторов — быстрота действия. Их лечебные эффекты проявляются в первые часы или дни применения, в зависимости от выбора препарата, дозы и способа введения, клинических особенностей состояния и индивидуальной чувствительности.

Побочные эффекты транквилизаторов и противопоказания к их применению

В целом переносимость транквилизаторов удовлетворительная. Из побочных действий особенно типичны вялость, мышечная слабость, сонливость, снижение уровня внимания и запоминания, замедление мыслительных процессов и двигательных реакций. Эти проявления наиболее выражены в первые дни приема препаратов и в дальнейшем сглаживаются. Возможны побочные явления в виде головной боли, головокружений, диспепсии, кожной аллергии. Прием транквилизаторов несовместим с употреблением алкоголя.

Курсовое лечение этими препаратами противопоказано больным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями даже в состоянии ремиссии. Нельзя назначать транквилизаторы лицам, управляющим транспортом и занимающимся другими видами деятельности, требующими высокого уровня внимания и быстрых психомоторных реакций.

Самый серьезный недостаток транквилизаторов — способность вызывать психическую, а иногда и физическую зависимость при их длительном приеме. Поэтому сроки курсового применения транквилизаторов не должны превышать 2—4 нед.

Механизмы действия транквилизаторов

Подавляющее большинство транквилизаторов относятся к производным бензодиазепина. Клинические эффекты бензодиазепинов связывают с их действием на ГАМК-рецепторы и бензодиазепиновые рецепторы клеток мозга. Бензодиазепины облегчают высвобождение ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты), усиливая ее центральный ингибиторный эффект. На нейрофизиологическом уровне установлено уменьшение под влиянием транквилизаторов возбудимости подкорковых структур мозга и торможение взаимодействия между корой и подкорковыми образованиями.

Систематика транквилизаторов и клиническая характеристика препаратов

В зависимости от особенностей клинического действия, выделяют три группы транквилизаторов:

- транквилизаторы с преобладанием седативного эффекта;
- дневные транквилизаторы;
- транквилизаторы с преобладанием снотворного действия.

Транквилизаторы с преобладанием седативного эффекта

Препараты этой группы обладают более выраженными седативными, противотревожными, антифобическими и миорелаксирующими свойствами.

Феназепам — отечественный препарат, один из наиболее активных транквилизаторов-седатиков. Применяется при различных невротических и неврозоподобных расстройствах, но особенно широко используется в лечении тревоги и фобий. Выпускается в таблетках и растворе для инъекций.

Суточная доза — 1,5—4 мг.

Алпразолам (ксанакс). Активный анксиолитический и антифобический транквилизатор. Обладает отчетливым антидепрессивным эффектом. Седативные свойства выражены нерезко. Основные показания к применению — пароксизмальная и стойкая тревога, обсессивно-фобические расстройства и неглубокие депрессии без двигательной заторможенности.

Суточная доза — 1—4 мг.

Лоразепам — по особенностям терапевтического действия и показаниям к применению близок к феназепаму.

Суточная доза — 2—5 мг.

Клоназепам (антелепсин) обладает выраженными седативными, противотревожными, антифобическими свойствами и наибольшей среди транквилизаторов противосудорожной активностью. Используется в лечении тревожно-фобических расстройств, вегетативно-сосудистых кризов и в терапии эпилепсии и эпилептиформных припадков.

Суточная доза — 4—8 мг.

Диазепам (реланиум, седуксен) — препарат, гармонично сочетающий почти все основные клинические эффекты транквилизаторов. Обладает некоторым антидепрессивным действием. Широко применяется при непсихотических расстройствах различной клинической структуры и этиологии. Выпускается в виде таблеток и раствора для инъекций (вводится внутримышечно, внутривенно струйно и внутривенно капельно).

Инъекционный диазепам назначается при острых тревожно-фобических, тревожно-депрессивных расстройствах. Внутривенное струйное введение диазепама — один из наиболее действенных способов купирования эпилептического статуса. Внутримышечно используется как средство борьбы с психомоторным возбуждением (особенно при наличии противопоказаний к назначению нейролептиков).

Суточная доза — 15—30 мг.

Оксазепам (нозепам, тазепам). Транквилизирующие свойства менее выражены, чем у диазепама. По особенностям действия близок к дневным транквилизаторам. В основном применяется амбулаторно.

Суточная доза — 20–40 мг.

Дневные транквилизаторы

Препараты данной группы обладают мягким седативным эффектом. Почти лишены снотворного и миорелаксирующего действия.

Тофизопам (грандаксин) оказывает вегетостабилизирующее действие, устраняет соматические симптомы тревоги, обладает общим анксиолитическим эффектом, практически не вызывая вялости и дневной сонливости. Используется при невротических и неврозоподобных расстройствах с астенией или тревогой, при вегетодистонии.

Суточная доза — 150–300 мг.

Медазепам (меzapам, рудотель). Оказывает некоторое седативное действие. Почти не вызывает дневной сонливости и мышечной слабости. Чаще применяется в амбулаторных условиях, особенно у работающих больных и больных детского и старческого возраста.

Суточная доза — 10–30 мг.

Транквилизаторы с преобладанием снотворного эффекта

Все перечисленные выше транквилизаторы-седатики в той или иной мере обладают снотворным действием, во многом связанным с их противотревожными свойствами, и могут назначаться при расстройствах сна. Для некоторых транквилизаторов снотворный эффект является основным. Эти препараты используются почти исключительно при диссомнических нарушениях. Их не рекомендуется назначать на срок, превышающий 10–15 сут.

Нитразепам (эуноктин, радедорм) оказывает выраженный снотворный эффект: улучшает засыпание, увеличивает глубину и продолжительность сна. Иногда обнаруживает «последствие» в виде утренней вялости, сонливости.

Доза — 5–10 мг на ночь.

Мидазолам (дормикум) также обладает выраженным снотворным эффектом. Показания к применению такие же, как и у нитразепама. Имеет инъекционную форму выпуска. В виде внутримышечных и внутривенных инъекций используется как средство премедикации в хирургии.

Доза — 7,5–15 мг на ночь.

Флунитразепам (рогипнол) — снотворное короткого действия. Особенно показано при нарушенном засыпании. Утренней вялости, сонливости не вызывает.

Доза — 1–2 мг на ночь.

Зопиклон (сомнол) — препарат, родственный транквилизаторам, с относительно коротким снотворным эффектом. Длительность применения до 4 нед.

Доза — 3,75–7,5 мг на ночь.

Психостимуляторы

К психостимуляторам относят препараты, основное клиническое действие которых активация, стимуляция психических функций.

Психостимуляторы повышают уровень бодрствования, временно улучшают показатели познавательной деятельности (внимание, память, мышление), повышают скорость психических и двигательных реакций, умственную и физическую работоспособность. Обладают некоторым антидепрессивным эффектом. У здоровых они улучшают общее самочувствие и настроение, могут придавать настроению эйфорическую окраску.

Показания к применению

Показания к применению: умеренные астенические нарушения различной природы, дневная сонливость, вялоапатические состояния (в том числе обусловленные применением психотропных средств), субступорозные состояния, нарколепсия.

Побочные действия, осложнения и противопоказания

Психостимуляторы способны усиливать бред, галлюцинации, тревогу, ухудшать ночной сон. Возможны парадоксальные реакции на прием психостимуляторов в виде вялости, сонливости или отвлекаемости, раздражительности, неусидчивости. Кроме того, препараты этой группы могут повышать артериальное давление, угнетать аппетит.

Все психостимуляторы при длительном использовании способны вызывать психическую и физическую зависимость. Вследствие этого сроки их применения не должны превышать 3–4 нед. Назначаются в утреннее и дневное время или только утром.

Встречающиеся в медицинской литературе рекомендации здоровым людям принимать психостимуляторы при утомлении, необходимости максимально мобилизовать свои психические и физические ресурсы сомнительны из-за значительного риска побочных эффектов.

Противопоказаниями к назначению психостимуляторов являются алкоголизм, другие токсикомании и наркомании, эпилепсия, речедвигательное возбуждение, продуктивная психотическая симптоматика, психофизическое истощение, бессонница, гипертоническая болезнь, церебральный и общий атеросклероз, стенокардия, гипертиреоз.

Механизмы действия психостимуляторов

Клинические эффекты психостимуляторов объясняют их активирующим влиянием на стволовой отдел мозга. Эти препараты повышают уровень функционирования центральных норадренергических и дофаминергических систем мозга за счет увеличения содержания соответствующих моноаминов в межсинаптических щелях.

Клиническая характеристика препаратов

От применявшихся в недалеком прошлом в качестве психостимуляторов фенамина, первитина теперь отказались из-за их выраженной способности вызывать психическую и физическую зависимость.

Кофеин, обычно включаемый в перечень психостимуляторов, в настоящее время самостоятельного значения не имеет. Невысокие дозы кофеина входят в состав некоторых сложных лекарственных смесей с анальгезирующим и противосудорожным действием.

Чаще всего в клинической практике используется **сиднокарб**, обладающий достаточно выраженными психостимулирующими свойствами и приемлемой переносимостью.

Суточная доза — 10–50 мг.

Ноотропные препараты (нейрометаболические стимуляторы)

Ноотропы — это препараты, которые активируют церебральные метаболические процессы, оказывают центральное антигипоксическое действие и на этой основе улучшают состояние познавательных (когнитивных) функций, повышают уровень бодрствования.

Ноотропам присущи и другие клинические эффекты: антиастенический, некоторый антидепрессивный, вегетостабилизирующий. Перечисленные терапевтические свойства у одних ноотропов сочетаются с мягким психостимулирующим действием, у других — с седативным.

Показания к применению

Показания к применению ноотропов весьма широкие. В первую очередь, они применяются при церебрально-органической недостаточности (церебрастеническом синдроме и энцефалопатиях) сосудистого, травматического, нейроинфекционного, интоксикационного генеза, при астениях любой другой этиологии. Некоторые из этих препаратов в значительных или высоких дозах назначают в начальной стадии мозговых атрофических процессов (болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие) и детям с задержкой психического развития. При глубоких деменциях, грубом психическом недоразвитии ноотропы неэффективны.

Препараты данного класса используются как дополнительные при депрессиях, при вялопатических состояниях, адинамии, небредовой ипохондрии, а также с целью повышения устойчивости к неблагоприятным биологическим воздействиям. Лечение ноотропами часто проводится в виде повторных курсов продолжительностью 1,5–3 мес. с интервалами в течение нескольких недель.

Побочные эффекты

Переносимость ноотропов обычно вполне удовлетворительная. Ноотропы с психостимулирующими свойствами могут усиливать или провоцировать тревогу, раздражительность, нарушения сна, особенно у

лиц позднего возраста. В некоторых случаях назначение ноотропов сопровождается головной болью, головокружением, диспепсией, аллергическими реакциями.

Ноотропные препараты со стимулирующим действием противопоказаны больным эпилепсией.

Механизмы действия ноотропов

Клинические эффекты большинства ноотропов связаны с их влиянием на ГАМКергические, норадренергические, холинергические и другие нейромедиаторные структуры.

Клиническая характеристика препаратов

Пирацетам (ноотропил) занимает ведущие позиции среди ноотропов. Его преимущества заключаются в гармоничном сочетании различных ноотропных свойств, большей активности, по сравнению с другими препаратами данного класса, и в наличии инъекционной формы для внутримышечного и внутривенного введения. Препарат обладает некоторым психостимулирующим действием. Наряду с перечисленными выше общими показаниями для применения ноотропов пирацетам используется при острых нарушениях мозгового кровообращения, коматозных состояниях, лекарственных и алкогольных отравлениях, алкогольной и наркотической абстиненции, а также для улучшения переносимости других психотропных средств, особенно нейролептиков.

Суточная доза — 2,4–8,0 г. При расстройствах мозгового кровообращения, комах, острых интоксикациях пирацетам применяется парентерально, в том числе внутривенно капельно в дозах до 20 г/сут.

Аминалон (гаммалон) заметно уступает пирацетаму по ноотропной активности. Применяется в виде длительных повторных курсов, чаще у лиц позднего возраста с хронической церебрально-сосудистой недостаточностью, после динамических нарушений мозгового кровообращения и в постинсультном периоде.

Суточная доза — 1,5–3,5 г.

Пиридитол (энцефабол). Особенность его клинического действия — наибольшая выраженность психоактивирующих свойств. Наряду с органическими заболеваниями головного мозга используется при астениях, депрессиях с апатической и адинамической окраской, при задержках психического развития у детей.

Доза — 0,3–0,5 г/сут.

Танакан — церебропротектор. Особенно показан при астении, субдепрессии, резидуально-органических нарушениях.

Суточная доза — 120–240 мг.

К ноотропам, которые оказывают не психостимулирующий, а седативный эффект, обладают некоторым противосудорожным действием и применяются в том числе в лечении эпилепсии, относятся **пантогам** (суточная доза — 1,5–3,0 г), **фенибут** (0,5–1,5 г), **пикамилон** (0,1–0,2 г).

Церебролизин. Показания те же, что у пирацетама. Назначается только парентерально: внутримышечно 1–5 мл или внутривенно на физиологическом растворе. Длительность курса ежедневных инъекций — 4 нед.

Нормотимики (стабилизаторы аффекта)

К нормотимикам относят препараты, способные увеличивать длительность интервалов между фазами (приступами) рецидивирующих аффективных расстройств и смягчать их клинические проявления. Это средства вторичной профилактики рецидивирующих аффективных расстройств.

Показания к применению

Препараты данного класса используют при частом повторении депрессий и маний в рамках маниакально-депрессивного психоза, циклотимии, приступообразной шизофрении, шизоаффективного расстройства. Нормотимики применяются не только как средства вторичной профилактики депрессий и маний «в чистом виде», но и в рамках приступообразных аффективных нарушений, сочетающихся с другими психопатологическими проявлениями (галлюцинаторно-бредовыми, психопатоподобными расстройствами, навязчивостями).

Назначение нормотимиков на длительное время более чем у половины больных отдалает наступление очередной депрессии или мании и сглаживает ее симптоматику. У некоторых пациентов при помощи нормотимиков удается прервать возобновление аффективных расстройств на многие годы.

Механизм действия нормотимиков

Предупреждение очередного аффективного приступа нормотимиками связывают с их затормаживающим влиянием на ГАМКергическую систему.

Клиническая характеристика препаратов

Соли лития. Карбонат лития и оксибутират лития. Обладают не только нормотимическим, но и антиманиакальным эффектом. Суточные дозы солей лития подбираются под контролем их концентрации в плазме крови. Средние суточные дозы карбоната лития при его применении для вторичной профилактики маний и депрессий составляют 0,9–1,2 г. Оксибутират лития в основном используется в лечении маний. Может вводиться парентерально. Суточная доза — 1,6–3,2 г.

Побочные эффекты солей лития чаще выражаются в астении, треморе, атаксии, усилении жажды, диспепсии, увеличении массы тела. Препараты противопоказаны при недостаточности выделительной функции почек и декомпенсациях сердечно-сосудистых заболеваний.

Карбамазепин (финлепсин) обладает наряду с нормотимическими свойствами некоторым антидепрессивным и выраженным противосудорожным эффектами. Для профилактики рецидивов аффективных расстройств используется в суточных дозах 0,4–1,0 г. Возможные по-

бочные действия: нарушения аккомодации, сонливость, головная боль, атаксия, диспептические расстройства, лейкопения.

Вальпроат натрия (конвулекс, депакин) также оказывает не только тимостабилизирующее, но и антиманиакальное и антиконвульсивное действие. Для предупреждения рецидивов аффективных расстройств используется в дозах 0,6–1,4 г/сут. Побочные эффекты чаще выражаются в диспепсии, сонливости, кожной аллергии. В редких случаях возникают нарушения функций печени, поджелудочной железы и снижение свертываемости крови.

Ламотриджин (ламиктал). Применяется для профилактики биполярных расстройств. Средняя суточная доза — 100–200 мг.

14.1.3. Варианты и принципы психофармакотерапии

Психотропные средства применяют в виде монотерапии и комплексной терапии.

Монотерапия используется при относительно простой структуре психических расстройств, их моносимптоматических формах, в периоды ремиссий, при не вполне удовлетворительной переносимости психотропных средств.

Чаще проводится терапия сочетанием нескольких препаратов. Подбор препаратов в значительной мере осуществляется в соответствии с принципом симптомов-мишеней, хотя этот принцип и считается отчасти устаревшим.

Вся совокупность психических расстройств у больного условно расчленяется на составляющие, или психопатологические радикалы, и для устранения каждого подбирается препарат с соответствующим спектром действия. Таким образом, составляется комбинация из нескольких психотропных средств. При этом учитывают совместимость препаратов и стремятся к использованию возможно меньшего количества лекарств.

При окончательном выборе препаратов исходят не только из клинической картины психических расстройств. Принимают во внимание их динамику, нозологическую принадлежность, эффективность ранее проводившейся терапии, особенности соматоневрологического состояния и другие факторы.

Различают активную (купирующую), поддерживающую и близкую к ней противорецидивную психофармакотерапию.

Купирующее лечение проводится при острых, выраженных психических расстройствах быстро нарастаемыми значительными или высокими дозами психотропных средств, часто вводимых парентерально. Такое лечение преследует цель «оборвать», устранить психические расстройства или, по крайней мере, добиться возможно быстрого и существенного улучшения психического состояния.

После наступления ремиссии психофармакотерапию не прекращают, а переходят к поддерживающему лечению. Сущность **поддерживающей терапии** в длительном (многомесячном или даже многолетнем) применении сравнительно невысоких доз психотропных средств для

сохранения, упрочения ремиссии, предупреждения новых обострений психических расстройств. Иногда поддерживающую терапию проводят пролонгированными формами препаратов.

Противорецидивная терапия осуществляется в периоды интермиссий (практического выздоровления) для профилактики повторных приступов психических расстройств.

Нежелательно чрезмерно длительное использование одних и тех же препаратов. Следует своевременно заменять их на лекарственные препараты, сходные по клиническому действию, но имеющие иную химическую структуру (во избежание развития резистентности к лекарствам, побочных эффектов и осложнений).

Наращивание доз психотропных средств (когда позволяет состояние больного) и особенно их отмена осуществляются постепенно. При резком прекращении лечения велик риск обострений, рецидивов психических заболеваний или возникновения «*синдрома отмены*» в виде комплекса психических и соматоневрологических нарушений.

14.2. Шоковые методы лечения

В прошлом шоковая терапия (электросудорожная, инсулинокоматозная) занимала ведущее положение в лечении психозов, особенно шизофрении. В настоящее время шоковые методы применяются ограниченно. Для проведения шоковой терапии необходимо наличие жизненных показаний или письменное согласие больного, а в случае его недееспособности — согласие родственников. У детей и подростков шоковая терапия не используется.

Механизмы действия шоковых методов во многом остаются неясными. Наиболее убедительны представления, в соответствии с которыми лечебный эффект шоковых методов обусловлен мобилизацией защитных механизмов, повышением сопротивляемости организма болезнетворному началу под влиянием мощных повторных биологических стрессовых воздействий в ходе сеансов электросудорожной или инсулинокоматозной терапии.

Эффективность шоковых методов весьма значительна. Ремиссии нередко бывают более глубокими и стойкими, чем при психофармакотерапии. Считается, что в отличие от большинства психотропных средств, шоковые методы оказывают лечебное действие не только на симптоматическом, но и на патогенетическом уровне.

Ограниченное применение этих методов во многом связано с часто негативным отношением к ним больных и их родственников.

Электросудорожная терапия (ЭСТ)

Сущность методики ЭСТ заключается в кратковременном воздействии на центральные мозговые структуры постоянного или переменного электрического тока, в результате которого возникает эпилептиформный припадок. Для каждого пациента подбираются напряжение элект-

трического тока и его экспозиция, минимально достаточные для вызывания эпилептиформного припадка.

Используются различные модификации ЭСТ: с биполярным и униполярным наложением электродов электроконвульсатора, с применением миорелаксантов. Последний вариант более щадящий (выключение сознания не сопровождается судорогами), но и менее действенный. Проводят от 4 до 12 сеансов ЭСТ, обычно через день.

Показания к применению ЭСТ: тяжелые и стойкие эндогенные депрессии, приступы онейроидной кататонии, гипертоксической шизофрении, злокачественный нейролептический синдром, резистентность психических расстройств к психофармакотерапии.

К возможным осложнениям ЭСТ относятся остановка дыхания, нарушения деятельности сердца, повреждения опорно-двигательного аппарата (костные переломы, трещины в позвонках, вывихи суставов, разрывы связок), а также расстройства памяти, обычно преходящие.

Основными противопоказаниями для ЭСТ служат эпилепсия, органические поражения головного мозга, повышенная судорожная готовность, серьезная патология костно-суставной системы.

Инсулинокоматозная терапия

Инсулинокоматозную терапию начинают с ежедневного введения малых доз инсулина, постепенно их наращивая для определения дозы, достаточной для развития гипогликемической комы или субкоматозного состояния. В большинстве случаев она составляет 60–120 ЕД инсулина. Установленная доза вводится больному ежедневно. Коматозное состояние сразу или вскоре после его возникновения купируют внутривенным введением глюкозы, сладким питьем и завтраком с обильным приемом углеводов. Проводят от 12 до 30 сеансов инсулинокоматозной терапии.

Показаниями служат параноидная шизофрения (в течение года от развития параноидного бреда), приступообразная шизофрения, если в картине приступов существенное место занимают галлюцинаторно-параноидные расстройства, а также толерантность продуктивной психотической симптоматики к психотропным средствам.

При паранойальном бреде инсулинотерапия малоэффективна.

К осложнениям этого способа терапии относятся затяжная кома, повторная кома, эпилептиформные припадки, ожирение. Основные противопоказания — избыточный вес и сахарный диабет.

14.3. Другие методы биологической (немедикаментозной) терапии

Лечение депривацией (лишением) сна

Метод заключается в непрерывном бодрствовании больных на протяжении 1–3 сут. или в сокращении ночного сна до 3–4 ч в течение недели.

Лишение сна используется при депрессиях, преимущественно эндогенной природы. Его лечебный эффект объясняют влиянием на циркадные биоритмы.

Фототерапия (светолечение)

При проведении фототерапии больной ежедневно от 30 мин до 2–3 ч находится в условиях искусственного освещения белым светом высокой яркости (2500 люкс и более). Продолжительность лечения – 10–15 дней.

Светолечение применяют при депрессиях, особенно эндогенных, сезонного характера. Терапевтический эффект связывают с воздействием яркого света на хронобиологические процессы.

Лазерная терапия

В ходе повторных сеансов кровь больного подвергается лазерному облучению. Метод применяется в терапии затяжных, резистентных к тимоаналептикам тоскливых депрессий и астенических состояний. Вследствие общестимулирующего действия лазерная терапия может усилить имеющуюся тревогу.

Иглорефлексотерапия

Используется при неглубоких депрессиях, астениях различной природы, навязчивостях и других невротических и неврозоподобных расстройствах.

Перечисленные методы немедикаментозной терапии самостоятельного значения, как правило, не имеют, применяются в сочетании с другими терапевтическими мероприятиями.

14.4. Особенности психофармакотерапии у детей и подростков

Родители, дети и окружающие их лица часто с недоверием и настороженностью относятся к назначению психотропных средств. Прежде всего существуют распространенные опасения, что психофармакотерапия может привести к задержке или искажению психофизического развития ребенка. Этот вопрос не может считаться окончательно решенным. К настоящему времени определен целый ряд особенностей и ограничений психофармакотерапии у детей и подростков.

1. Необходимо учитывать возраст назначения лекарственной терапии и возраст начала психических расстройств, возрастные кризы, особенности психического и физического развития.
2. Непрерывное, длительное лечение в значительных для данного возраста дозах может негативно отразиться на психическом и соматическом состоянии ребенка или подростка.

3. Желательно проведение более коротких курсов медикаментозного лечения с более частыми интервалами или временным сокращением доз (В.Н.Мамцева).
4. Большая осторожность, осмотрительность в выборе более активных средств, более медленное увеличение дозы.
5. Предпочтительное использование более «мягких» психотропных препаратов, на практике показавших более приемлемую переносимость и удовлетворительную эффективность. В детской психиатрии особенно удобны капельные формы выпуска, позволяющие более тонко регулировать дозы (неулептил, галоперидол). Существует группа препаратов, которые дают основание для их особенно частого применения у детей и подростков. К ним относятся корректоры поведения (неулептил, сонапакс), учитывая частоту поведенческих нарушений, лучше переносимые антидепрессанты (пиразидол, азафен), в связи с распространенностью и стертой депрессий (церебролизин, пантогам, фенибут) и другие средства, предназначенные для лечения церебральной, резидуально-органической недостаточности.
6. В детском и подростковом возрасте психофармакотерапия чаще, чем у взрослых, вызывает парадоксальные эффекты, побочные действия и осложнения.
7. Дети повышенно чувствительны к некоторым препаратам, например к галоперидолу, трифтазину (В.Н.Мамцева).
8. Следует проявлять особую осторожность при назначении препаратов, обладающих токсикоманическими свойствами (транквилизаторы, антипаркинсонические средства).
9. В связи с абортивностью детских и подростковых психозов следует иметь в виду, что нейролептики с невысокой антипсихотической активностью бывают достаточно эффективными.
10. Необходимо одновременно использовать возможно меньшее количество препаратов.
11. Важно определить минимально эффективную дозу препарата.

Вопросы, связанные с психофармакотерапией у детей и подростков, в разных странах решаются по-разному. В ряде стран (некоторые штаты США) психофармакотерапия в раннем возрасте ограничена в связи с предполагаемым отрицательным влиянием на психическое развитие детей и подростков.

В России психотропные средства назначаются весьма широко. В первую очередь это касается препаратов, давно внедренных в практику и столь же давно применяемых, хотя специальных исследований с использованием двойного слепого метода, плацебо-контроля, других форм контроля в отношении части психофармакологических препаратов не проводилось в полном объеме. Недостаточно разработаны способы определения допустимых или оптимальных доз психотропных средств и максимально раннего возраста их возможного использования.

Особенно это касается применения новых или относительно новых препаратов. Приведем лишь некоторые примеры. Нейролептики-антипсихотики разрешены к применению: оланзапин — с 18 лет, рисперидон — с 15 лет, галоперидол — старше 3 лет 0,025–0,05 мг/сут., у подростков — 0,5–1,5 мг 2–3 раза/сут.; неуптил 0,1–0,5 мг на кг массы тела. Антидепрессанты: мелипрамин 3–6 лет — 5 мг/сут., 7–12 лет — 25 мг/сут.; золофт — с 12 лет при обсессивно-компульсивных расстройствах — до 20 мг/сут.; феварин, паксил — использование у детей не допускается.

У детей и подростков выбор препаратов, определение доз и их сочетаний должны быть особенно индивидуализированы и не противоречить утвержденной документации.

Определение доз значительно упрощается, если использование препарата разрешено в пубертатном возрасте. Суточные дозы психотропных средств у подростков могут соответствовать средним суточным дозам у взрослых или составлять 2/3 от них.

Глава 15.

ПСИХОТЕРАПИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

15.1. Основные методы психотерапии

Психотерапия (греч. *psyche* — душа, дух, сознание и *therapeia* — лечение) — целенаправленное использование психических методов с лечебной целью. Психотерапию принято рассматривать как комплексное лечебное воздействие на психику больного, используя его эмоциональные реакции, когнитивные и интеллектуальные возможности, волевые способности, условно-рефлекторные связи, а через нее — на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к своему заболеванию, себе и окружающей среде (Рожнов В.Е., 1974).

Понятие психотерапии принято различать в узко медицинском смысле как метод лечения (подобно физиотерапии, лечебной физкультуре) и в более широком, включающем в себя предупреждение психотравмирующих факторов, организацию труда и быта, построение межперсональных отношений и т.п. В последнем случае психотерапия тесно связана с такими понятиями, как психогигиена и психопрофилактика. Психотерапия, по мнению известного отечественного психотерапевта и сексопатолога А.М.Свядоша, является специфическим методом лечения, так как лечебный эффект здесь достигается не физическими или клиническими свойствами лечебного фактора, а той информацией и эмоциональным зарядом, которые она в себе несет. Психотерапия может применяться как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами лечения. Талантливые клиницисты всегда использовали элементы психотерапии при лечении соматических заболеваний, поэтому одни и те же лекарства, чудодейственные в их руках, теряли свое целебное свойство в руках других врачей. Психотерапия может осуществляться при непосредственном контакте врача с пациентом или опосредованно — с помощью звукозаписи, радио, телефона, телевидения, кино, посредством печатного слова, музыки, картин и т.д., — но, как показывает опыт, наиболее эффективным психотерапевтическим воздействием обладает живое слово и непосредственное общение врача с больным.

Общепринятой классификации методов психотерапии в настоящее время не существует. Различают методы и формы (техники) психотерапии. Под *методом* понимается общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности (патогенеза) заболевания. Так, например, понимание невроза как заблуждения ума, ошибочного суждения породило метод рациональной психотерапии (П.Дюбуа), которая, по мысли создателя, рассеивает ошибки в суждениях пациента о характере и природе его заболевания, снимает неопределенность, корректирует противоречивость и непоследовательность суждений. Представление З.Фрейда о неврозе как о расстройстве, вызванном застреванием в бессознательной сфере аффекта, пережитого в прошлом, вызвало к жизни метод катарсиса, а понимание им же невроза как проявления вытесненных в бессознательное инфантильно-сексуальных влечений породило психоанализ.

Способ применения того или иного метода психотерапии называется *формой* психотерапевтического лечения. Так, метод рациональной психотерапии может применяться в форме индивидуальной беседы с больным, в форме беседы с группой или в форме лекции. Метод внушения может применяться в бодрствующем состоянии или в гипнозе. Психоанализ применяется в форме наблюдения потока свободных ассоциаций, исследования ассоциаций, анализа сновидений, в форме ассоциативного эксперимента и т.д. Одна и та же форма психологического воздействия может быть использована с различными целями. Так, гипноз может быть использован и с целью внушения, и с целью катарсиса.

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует *систему*, или *направление* психотерапии. Принято говорить об отдельных направлениях психотерапии, в их рамках выделять отдельные методы, а уже внутри каждого метода — различные формы и приемы.

За рубежом наибольшее распространение получили три психотерапевтических направления:

- психоаналитическое;
- бихевиористское (бихевиоральное);
- экзистенциально-гуманистическое (недирективная психотерапия, гештальт-терапия и др.).

В отечественной психотерапии в течение многих лет в качестве приоритетных выделяли следующие основные направления:

- личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию (Б.Д.Карвасарский);
- суггестивную психотерапию;
- поведенческую психотерапию;
- эмоционально-стрессовую психотерапию (В.Е.Рожнов).

В последние годы арсенал психотерапевтических форм и методов, используемых отечественными психотерапевтами, неизмеримо вырос.

Вместе с тем необходимо отметить, что количество используемых методик не всегда соответствует их качеству. К сожалению, существует огромное количество непрофессиональных врачей, не имеющих медицинского образования и соответствующей подготовки в области психотерапии, которые пытаются лечить «психотерапевтически» практически все известные заболевания. Подобные «психотерапевты», часто имеющие множество личных проблем, владеют небольшим набором экстравагантных, маргинальных психотехник (нейролингвистическое программирование, голотропное дыхание, трансперсональная психотерапия и др.) и чаще всего калечат тех несчастных людей, которые обратились к ним в надежде получить помощь.

Из всего многообразия методов психотерапии среди практических врачей наиболее распространены:

- рациональная психотерапия;
- суггестивная психотерапия;
- методы самовнушения;
- поведенческая (бихевиоральная) психотерапия;
- групповая психотерапия;
- игровая психотерапия;
- семейная психотерапия.

Все чаще применяются психоанализ и психоаналитическая терапия, трансактный анализ, гештальт-терапия и др. Внутри каждого из этих методов существуют десятки, а то и сотни методик.

Психотерапию систематизируют:

- по характеру воздействия (прямая—косвенная);
- по этиопатогенетическому принципу (каузальная—симптоматическая);
- по цели воздействия (седативная, активирующая, амнезирующая);
- по участию в ней больного (мобилизующе-волевая, пассивная);
- по виду воздействия врача (авторитарная, разъясняющая, обучающая, тренирующая);
- по источнику воздействия (гетерогенная, аутогенная);
- по направленности относительно патогенных установок (синергичная переживаниям, антагонистическая, дискуссионная);
- по тактике врача (выборочная, комбинированная или комплексная);
- по числу лиц, с которыми работает врач (индивидуальная, коллективная, групповая).

Когнитивные, или рассудочно-ассоциативные, методы основаны на апелляции к разуму больного, его логике и личностным ценностям. В основе их лежит *психотерапевтическое убеждение* с использованием ненавязчивой аргументации с целью изменения неадекватных установок и оценок больного по отношению к своему заболеванию. Поэтому ранее широко использовалось обозначение данного метода психотерапии как *рациональный*.

Этот метод способствует установлению контакта врача с больным, создает систему их взаимоотношений. Пользуясь этим методом, врач в доступной для больного форме может сообщить о причинах болезни, механизмах возникновения болезненных проявлений. Беседа, проводимая с больным, должна быть направлена на активное стимулирование его усилий по преодолению болезни и перестройку поведения. Эффективность бесед с больным увеличивается, если при этом возникает соответствующее эмоциональное реагирование (*эмоциональный резонанс*).

С помощью метода психотерапевтического убеждения врач может не только воздействовать на представления и взгляды больного на болезнь, но и оказывать влияние на его личностные качества. С этой целью им может использоваться мягкая (с долей доброй иронии) критика поведения больного, его неадекватной оценки ситуации и окружающих (*логически-критические приемы рациональной психотерапии* П.Дюбуа). Однако при этом нельзя допускать оскорблений и унижения достоинства больного, который всегда должен чувствовать, что врач понимает его затруднения, сочувствует и испытывает к нему уважение, стремление помочь.

Неправильное представление о болезни, взаимоотношениях с окружающими, нормах поведения формируется у человека годами и для их изменения требуется многократное разубеждение. Аргументы, приводимые врачом, должны быть понятны больному. Убеждая больного изменить сложившуюся ситуацию, необходимо учитывать его реальные возможности, жизненные установки, представления о морали и другие категории системы его ценностей. С психотерапевтической целью также рекомендуется использовать примеры из жизни и литературы, учитывая при этом принцип посильности и доступности для больного тех фактов, которые сообщаются. В качестве отдельных форм психотерапии, обращенных к рассудочно-ассоциативной деятельности пациента, некоторые авторы выделяют *библиотерапию* и *трудотерапию*.

Суггестивные методы представляют собой разнообразные формы психологического воздействия на человека с помощью *прямого* или *косвенного внушения* (от лат. *suggestio* — внушаю) с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям. Используются как вербальные (словесные) методы внушения, так и невербальные (разнообразные раздражители, действующие на зрительный, слуховой и тактильный анализаторы). Предпосылкой для успешного использования суггестивных методов является наличие внушаемости у пациента. Под *внушаемостью* понимают способность человека недостаточно критично воспринимать получаемую информацию и легко поддаваться убеждению. Данное качество обычно присуще инфантильным личностям с признаками наивности и повышенной доверчивости.

Элементы суггестии имеют место и при проведении когнитивной психотерапии: убеждение больного предполагает использование внушения.

В бодрствующем состоянии пациента применяют внушение прямое и косвенное. *Прямое (директивное, авторитарное, императивное) словесное внушение* содержит непосредственное указание, что болезненные симптомы исчезнут после внушения. Данный способ воздействия на больного может быть эффективен при конверсионных симптомах в структуре истерических расстройств (мутизме, блефароспазме, параличах, припадках). Терапевтический эффект (одномоментный и зачастую однократный) можно получить, осуществляя внушение в виде приказа: «Откройте глаза! Вы можете все хорошо видеть!» (при истерическом блефароспазме), «Вставайте и идите ко мне!» (астазия-абазия) и т.п. *Косвенное внушение* заключается в том, что больному внушается особое значение какого-то фактора, после воздействия которого наступит улучшение состояния. Например, больному внушается, что после определенной процедуры у него появятся движения в руке (при истерическом параличе).

К этому ряду механизмов воздействия на больного относится и *платцебо-эффект*, когда под видом особо редкого и эффективного лекарства пациенту дают нейтральное вещество, например дистиллированную воду или мел. Успех лечения с помощью суггестивных методов зависит, помимо отмеченных выше личностных особенностей больного, также от его установки по отношению к предлагаемому методу лечения, авторитета врача и веры в него больного.

Непрямое (косвенное) внушение может использоваться врачом для *опосредования различных видов терапии* с целью достижения наибольшего эффекта.

Иногда внушение сопровождается изменением сознания пациента по типу аффективно суженного или состояния транса. Но чаще речь идет о введении пациента в состояние гипноза. Термин *гипноз* (от греч. *hypnos* — сон) был предложен в 1843 г. английским хирургом Д.Бредом и с тех времен прочно вошел в медицинскую практику. Для возникновения гипнотического состояния необходимо наличие у пациента гипнабельности. Под *гипнабельностью* понимается наличие у человека психофизиологической способности легко и беспрепятственно входить в гипнотическое состояние, поддаваться гипнозу, т.е. изменять уровень сознания.

Со времен Бреда и до настоящего времени для вызывания гипнотического сна используют метод словесного внушения, иногда — фиксации взора на блестящем предмете или монотонные однообразные раздражители, воздействующие на зрительный, слуховой и тактильный анализаторы. Гипнотическое состояние является особым состоянием сознания, переходным между сном и бодрствованием, при котором между врачом и пациентом сохраняется речевая связь — *раппóрт* (от франц. *rapport* — связь).

Выделяют три стадии гипноза: летаргическую, каталептическую и сомнамбулическую. При первой у человека возникает сонливость, при второй — признаки каталепсии (восковая гибкость, обездвиженность,

мутизм), при третьей — полная отрешенность от реальности (транс), снохождение (сомнамбулизм) и внушенные образы.

Применение гипнотерапии является обоснованным при истерических невротических, диссоциативных (конверсионных) расстройствах и истерических личностных расстройствах.

Проводиться гипнотические сеансы должны только специалистами — врачами и психологами, прошедшими специальную подготовку и имеющими медицинский сертификат ввиду возможных осложнений во время сеанса и действия последействия.

Осложнениями гипноза могут быть провоцирование припадка эпилепсии при наличии эпилепсии в анамнезе, спонтанные трансы, утрата раппорта, переход гипнотического состояния в состояние сна или сомнамбулизма, выраженные истерические психотические расстройства.

Противопоказаниями для гипноза являются эпилепсия, осложнения гипноза, которые с трудом поддаются купированию, выраженная психотическая симптоматика, расстройство сознания, нежелание или страх пациента. Кроме того, может возникать психологическая зависимость от гипноза и лица, его проводившего. По этой причине (возникновение зависимости) официально запрещено проведение наркогипноза. Стремясь к проведению гипноза, некоторые пациенты психопатического склада в то же время могут прибегать к шантажному поведению в отношении врача, обвиняя его в использовании в корыстных целях их бессознательного состояния (воровство, изнасилование и т.п.).

Методы самовнушения и тренировочно-волевые формы психотерапии

При всей эффективности гипнотического воздействия, этот метод имеет ограниченное применение, как в силу отсутствия гипнабельности у некоторых пациентов, так и вследствие зависимости последних от психотерапевта. Рост культуры и самосознания населения диктует необходимость применения в различных видах *осмысленного самовоздействия* на психику человека и через нее на весь организм.

Способность человека к *самовнушению* была известна и использовалась еще в донаучную эпоху становления психотерапии. Основоположниками научного становления данного метода в России явились В.А.Манассеин и В.М.Бехтерев. На Западе огромный резонанс имели работы Э.Куэ «Школа самообладания путем сознательного самовнушения» (1924) и «Суггестия и аутосуггестия» (1925). Основные положения его концепции:

1. В борьбе между волей и силой воображения побеждает последняя.
2. Мощь силы воображения прямо пропорциональна примененному напряжению воли.
3. Воля и воображение, действуя одновременно, резко усиливают эффект самовнушения.
4. Сила воображения подчиняется управлению и обучению.

Высказанные Э.Куэ соображения, несмотря на их противоречивость и не вполне научную достоверность, оказались полезными для дальнейшей разработки конкретных методических приемов самовнушения.

Следующей методикой, основанной на самовнушении и получившей широкое признание, явилась *аутогенная тренировка*, предложенная немецким врачом-психоневрологом Иоганнесом Шульцем. В начале XX в., посетив Индию и изучив распространенные там еще с древних времен методы йоговской гимнастики, использовавшиеся в качестве средства отдыха и восстановления сил, он разработал лечебный и профилактический метод самовнушения, основанный на мышечном расслаблении. В дальнейшем данная методика претерпела ряд модификаций. Известен, например, метод прогрессивной мышечной релаксации Э.Джейкобсона, дающий возможность быстрого получения эффекта расслабления мышц не столько на основании самовнушения, сколько в силу деконтракции мышц после напряжения.

Принцип саморегуляции

Действенность самовнушения возможна лишь при определенных физиологических условиях мышечного расслабления и некоторого снижения уровня бодрствования мозга, в связи с чем формируются «зоны раппорта», дающие возможность активного применения словесных формулировок в условиях благоприятствующих реализации аутовоздействия. На фоне возникающего при мышечной релаксации расширения сосудов и ослабления тонуса психической деятельности становится возможным оказывать посредством самовнушения влияние на высшие отделы головного мозга, вегетативные подкорковые образования, ретикулярную формацию ствола мозга, на нижележащие элементы и на весь организм в целом. Этим объясняется возможность с помощью аутогенной тренировки при соответствующем опыте обучения повлиять как на психическое состояние человека (например, снять эмоциональное напряжение, уменьшить страх, улучшить настроение), так и на вегетативно-сосудистые проявления.

Показания для использования аутогенной тренировки

Методика аутогенной тренировки может применяться как у здоровых лиц для профилактики нервно-психического перенапряжения и в качестве средства повышения умственной и психической работоспособности, так и с лечебной целью. Показаниями для ее применения являются невротические состояния с навязчивыми явлениями и функциональные расстройства нервной системы и внутренних органов. Также этот вид психотерапии может быть использован в лечении заикания, сексуальных расстройств, нейродермитов, для обезболивания родов и др. Залогом успешности овладения и использования метода аутогенной тренировки является позитивная настроенность на обучение, регулярность и длительность занятий. Отсутствие четко очерченных задач и отрицательная настроенность на обучение этой методике не

позволяют достичь необходимого эффекта и вызывают разочарование больных. *Не рекомендуется применять метод аутогенной тренировки у лиц с выраженными истерическими проявлениями, как в рамках неврозов, так и психопатий.* В связи с повышенной самовнушаемостью во время занятий у них могут возникать различные непредвиденные ощущения, а иногда и изменения состояния сознания.

Поведенческая (бихевиоральная) психотерапия

В основе ее лежат научение и тренинг. Разнообразные методики поведенческой психотерапии направлены на выработку новых (адекватных) навыков и привычек взамен старых (неадекватных), вызывающих невротические состояния. Чаще всего речь идет о фобиях и других типах навязчивых состояний. Наиболее известными методиками поведенческой терапии являются «систематическая десенсибилизация» и «парадоксальная интенция».

В методике *«систематической десенсибилизации»* используется погружение человека в ситуацию (реальную или воображаемую), вызывающую страх. В результате таких занятий происходит постепенное затухание прежнего невротического реагирования и формируется новая адекватная реакция на ситуацию. Вариантом поведенческой психотерапии является *методика функциональных тренировок*, основанная на выработке условно-рефлекторного поведения с целью купирования навязчивых страхов и так называемых системных неврозов (заикание, нарушение потенции и т.д.).

Примером использования данной методики является лечение больных агорафобическими расстройствами, которые боятся выходить на улицу из-за страха, что им «может стать плохо». Методика заключается в применении сложной системы тренировок. Вначале пациент совершает прогулки на ограниченном участке территории в сопровождении врача или других людей (родственников, друзей, пациентов). Постепенно расширяя границы территории, на которой больной решается совершать прогулки, врач дает ему более сложные задания (пройти или проехать определенный отрезок пути без сопровождения). При этом в работе с больным используются достигнутые им успехи и на них строится усложнение заданий. Эти тренировки следует рассматривать как активирующую и стимулирующую психотерапию, основной задачей которой является восстановление потерянной больным активности, способности к полноценной активной жизни. Функциональные тренировки способствуют перестройке отношения больного как к тренируемым функциям, так и к себе в целом, позволяя правильно оценивать свои возможности.

Метод «парадоксальной интенции» направлен на изменение отношения к своим фобиям. Чаще всего он используется в лечении так называемых социальных (страх покраснеть, страх публичных выступлений и т.д.) и изолированных (страхи животных, высоты, грозы, летать в самолете, страх пользоваться общественным туалетом и т.д.) фобий. Изменения отношения пациента к фобиям достигается за счет его «пе-

реворачивания» и доведения ситуации до абсурда. Целью парадоксальной интенции является лишение негативного эмоционального подкрепления страхов больного с помощью юмора и иронии.

Психоаналитическая психотерапия

Психоаналитическая психотерапия разработана на основе учения З.Фрейда о роли бессознательных механизмов психической деятельности в возникновении психопатологической симптоматики (невротической, психосоматической) и методах психоанализа, предложенного им. В отличие от классического (ортодоксального) психоанализа, в основе которого лежит теория детской сексуальности с ее жесткой запрограммированностью и значением для всей дальнейшей жизни человека, психоаналитическая терапия освобождена от пансексуализма З.Фрейда. Вместе с тем при ее проведении делается упор на значение неосознанных компонентов психической жизни человека, поэтому она направлена на перевод бессознательных влечений в сознание человека, их переработку и отреагирование.

Как и классический психоанализ, психоаналитическая терапия использует такие методики, как *метод свободных ассоциаций*, *реакции переноса и сопротивления*. При применении метода свободных ассоциаций человек продуцирует поток мыслей, воспоминаний детства, которые анализируются и оцениваются психоаналитиком для выявления вытесненных из сознания патогенных переживаний. В процессе проведения психоаналитической терапии стремятся добиться от пациента *отреагирования (катарсиса)* значимых переживаний с целью избавления от их негативного влияния на психическую деятельность.

С психоаналитической целью может использоваться анализ сновидений и ошибочных действий (описок и оговорок) человека, за которыми, по мнению психоаналитиков, часто стоит символическое обозначение симптомов и проблем, связанных с вытеснением их из сознания.

Необходимо отметить, что заниматься психоаналитической терапией и психоанализом имеют право лишь специалисты — психологи или врачи, прошедшие специальные курсы обучения и имеющие специальный сертификат. Успешность психоаналитической терапии зависит как от квалификации психотерапевта-психоаналитика, так и от пациента. Прежде всего должна быть выраженная мотивация пациента на длительный процесс терапии, зачастую связанной со значительными материальными затратами. Имеют значение личностные особенности пациента, а также наличие у него качества, определяемого, по аналогии с гипнабельностью, как *анализируемость пациента*. Под этим феноменом понимают способность субъекта снять контроль над своими мыслями и чувствами и способность к идентификации с другими людьми.

Гештальт-терапия

Теоретическими истоками гештальт-терапевтического направления считаются психоанализ, экзистенциальная философия, гештальт-пси-

хология и дзэн-буддизм. Ф.Перлз ввел в свою теорию термин, взятый из гештальт-психологии и давший название всему психотерапевтическому направлению — *гештальт*. Это понятие, относящееся к законам восприятия и обозначающее целостность и структурность, переносится на мотивационную сферу человека. Возникновение и удовлетворение потребности рассматривается как процесс возникновения и завершения гештальта. Каждая потребность стремится к своему удовлетворению (завершению), и если этого не происходит, нарушается весь процесс образования новых потребностей, так как неудовлетворенная потребность, или незавершенный гештальт, забирает энергию у организма, снова и снова пытаясь быть завершенным.

В гештальт-терапии выделяются следующие невротические механизмы или, как их еще называют, *механизмы сопротивления*, *механизмы прерывания контакта*, которые, по сути, являются психологическими защитами. Необходимо отметить, что каждый из них первоначально служит вполне здоровым способом приспособления к окружающей среде, и только становясь привычными, стереотипными, они превращаются в дисфункциональные невротические реакции. Следующим важнейшим принципом гештальт-терапии служит идея холизма, идея единства психической и телесной жизни человека (*body-mind split*). В психике нет ничего такого, что не имело бы отражения в теле человека. Поэтому работа с телом является одной из важных составляющих гештальт-терапии. Действие невротических механизмов приводит к тому, что человек теряет индивидуальность, целостность. Психотерапевтическое воздействие связано с возвращением клиента путем интеграции к своей сути, к самости. В процессе гештальт-терапии клиент научается доверять собственным чувствам и собственной организменной мудрости. Терапевтический процесс включает прохождение нескольких уровней. Гештальт-терапия обладает большим количеством разнообразных техник, многие из которых заимствованы из других видов психотерапии, например из психодрамы, транзактного анализа, арт-терапии. Представители гештальт-терапии считают, что в рамках их подхода допустимо использование любой техники, служащей естественным продолжением диалога терапевта и клиента и усиливающей процессы осознания.

Психодрама

Психодрама как метод психотерапии возникла в 1920-е годы в США. Идея психодрамы посетила Я.Морено, когда одна актриса поведала ему о своих конфликтах с женихом. И с помощью уже имевшейся труппы Морено поставил конфликт на сцене. В основе психодрамы лежат понятия ролевой игры и импровизации. При помощи драматических инсценировок достигается катарсис. Сама психодрама разыгрывается в присутствии всех членов группы. Смысл ее в следующем: пациент разыгрывает свои конфликты, а не рассказывает о них, с помощью ведущего и группы воспроизводит значимые (любые) события своей жизни. Причем эти сцены разыгрываются так, как если бы они проис-

ходили в данный момент, что само по себе важно, так как дает возможность что-то переделать, изменить свою жизнь прямо «здесь и сейчас». В результате такой психодрамы человек отрабатывает модели поведения, которые ему не свойственны. Освоив их в игровой ситуации, он сможет применить их в реальной жизни. После окончания психодрамы участники обмениваются мнениями, что позволяет выявить слабые и сильные стороны поведения каждого.

Во время психодраматической сессии человек может попробовать сыграть другую роль, порепетировать свое будущее или побыть на месте того, с кем он взаимодействовал во время прошлого конфликта — на месте своих родителей, друзей, сестер и братьев, детей. Роли в этих инсценировках играют участники группы. При индивидуальной терапии роли за каждого участника может играть сам клиент, перемещаясь, например, с места на место, чтобы обозначить роль. Клиент — одновременно и герой своей драмы, и ее творец, и исследователь себя и своей жизни. Причем можно разыграть вовне даже внутренний конфликт, когда одна часть личности клиента «говорит» одно, другая — «противоположное». Проговаривая это вовне, человек лучше разбирается в себе, он может более осознанно принять решение, лучше понимать других людей, достигать своих целей.

Семейная психотерапия

Это особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений, устранение конфликтов и связанных с ними эмоциональных расстройств у больного и членов его семьи. Продолжительность семейной психотерапии может колебаться от нескольких недель до нескольких лет, что зависит от тяжести психических расстройств у больного члена семьи, выраженности межличностных конфликтов в семье, мотивации членов семьи к достижению терапевтических изменений. Вначале семейная психотерапия обычно проводится с частотой 1—2 сеанса в неделю, затем встречи происходят 1 раз в 2 нед., а далее — 1 раз в 3 нед.

В семейной психотерапии принято выделять 4 этапа: 1) диагностический (семейный диагноз); 2) ликвидация семейного конфликта; 3) реконструктивный; 4) поддерживающий. Под «семейным диагнозом» понимается типизация нарушенных семейных отношений. Диагностика нарушенных семейных отношений, с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них, осуществляется психотерапевтом. Особенности такой диагностики заключаются в «стереоскопическом» ее характере. Это означает, что в случае, если информация о происходящем получена от одного из членов семьи, на односторонних встречах, то она должна быть сопоставлена с информацией от других членов семьи и тем впечатлением, которое сложилось у психотерапевта на основании расспроса и наблюдения за поведением участников процесса психотерапии («семья глазами ребенка», «семья глазами родителей», «семья глазами психотерапевта», «какие мы на самом деле»). На втором этапе в ходе односторонних встреч психотерапевта с пациентом и

членами его семьи выявляются истоки семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоциональной переработки каждым членом семьи в постоянном контакте с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он берет на себя роль посредника и передает в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Затем общая ситуация обсуждается на сеансе совместной встречи членов семьи, во время которой психотерапевт выявляет сенситивность и толерантность отдельных участников к существованию конфликта. На этой стадии ведущими оказываются следующие психотерапевтические методы: недирективная психотерапия, нацеленная в основном на вербализацию неосознаваемых отношений личности, а также специально разработанные методы воздействия членов семьи друг на друга. На этапе реконструкции семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных семейных группах со сходными проблемами. В этих же группах проводятся ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора. На поддерживающем этапе, или этапе фиксации, в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах. Заслушиваются ответы о динамике внутрисемейных отношений, проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

К психотерапевтическим приемам, наиболее часто применяемым врачами в семейной психотерапии, относят следующие: эффективное использование молчания, умение слушать, обучение с помощью вопросов, повторение (резюмирование), суммарное повторение, уточнение (прояснение) и отражение аффекта, конфронтация, проигрывание ролей, создание «живых скульптур», анализ видеозаписей.

Значение и место психотерапии

Многочисленные исследования показали, что независимо от вида психотерапии показатели ее успешности довольно близки. Успех лечения психических расстройств прежде всего определяется тем, насколько пациент и психотерапевт верят в его эффективность (т.е. определяется так называемым *эффектом плацебо*). В этом смысле психотерапия принципиально не отличается от шаманства и деревенских заговоров. Психотерапия давно уже вышла за пределы психиатрии, невропатологии, в недрах которых она зародилась. Сейчас она широко применяется в наркологии, терапии, особенно при так называемых психосоматических заболеваниях, в акушерстве, дерматологии, педиатрии, стоматологии, хирургии и т.д. Происходит экспансия психотерапии во «внеклиническую» сферу (кабинеты социально-психологической помощи, кабинеты семейных отношений), где довольно широко используются отдельные методы психотерапии (эмоционально-психологическая разгрузка, психорегуляции, аутогенная тренировка).

Психотерапия располагает большим набором лечебных методик, применяемых в различных областях медицины. Это важный инструмент лечения, однако совокупность методик еще нельзя назвать психотерапией. Чтобы стать психотерапевтом, мало освоить многочисленные методические приемы (их сейчас более 3000), необходимо научиться применять их осмысленно, а для этого важно понимать механизмы их лечебного воздействия, знать показания и противопоказания к их применению. Иными словами, нужно знать теоретическую основу психотерапии. Без этого психотерапевт, как и любой врач, становится ремесленником, а иногда — шарлатаном.

Существуют **основные правила психотерапии**.

1. Психотерапия может быть только клинической. Врач, практикующий психотерапию, прежде всего должен правильно поставить диагноз и оценить динамику заболевания, которое он лечит.
2. Психотерапия в комплексном подходе к лечению заболевания должна быть только предметом выбора, как и любой другой метод лечения.
3. Ни один из существующих методов психотерапии не имеет преимуществ перед другими, если последние применяются своевременно и с учетом механизма, клиники и динамики заболевания. Нет «хороших» или «плохих» методов психотерапии. Есть только хорошие или плохие психотерапевты.
4. Психотерапия не терпит косности. В зависимости от динамики заболевания отдельные методы психотерапии могут применяться самостоятельно или в комбинации с другими, сменять, дополнять или усиливать друг друга. Психотерапия не эффективна, а иногда и вредна без обратной связи с больным, без учета имеющихся показаний или противопоказаний к тому или иному лечению.
5. Психотерапия, даже в групповых ее вариантах, должна быть индивидуальной, личностно и социально ориентированной.
6. Любой, даже самый опытный психотерапевт должен знать не только технику применяемых им психотерапевтических методов, но и, что более существенно, теоретическую базу, на которой эти методы основаны.

Подготовка квалифицированного психотерапевта должна включать как психологические, так и медицинские знания, для того чтобы проводить дифференциальную диагностику выявляемых нарушений и определять показания для применения тех или иных психотерапевтических методов. В настоящее время существуют специальные учебные заведения и курсы подготовки в области психотерапии с последующим проведением сертификационного экзамена. Неквалифицированное использование психотерапевтических методов, способное нанести вред пациенту, может повлечь за собой не только лишение сертификата, дающего право заниматься психотерапией, но и юридическую (в том числе уголовную) ответственность.

Психотерапия в лечении психических расстройств

Хотя психотерапия используется при самых различных заболеваниях в качестве метода лечения, а также для решения психогигиенических и психопрофилактических задач, наибольшее значение она приобретает при *пограничных нервно-психических расстройствах*, в происхождении которых психогенному фактору принадлежит важнейшая роль. В этой группе заболеваний психотерапия может выступать в виде единственного лечебного метода или включается в систему комплексного лечения. В соответствии с накопленным опытом использования психотерапевтических методов, считается предпочтительным применение:

- суггестивных методов при истерических (конверсионных) расстройствах;
- когнитивных («разговорных») методов при нарушениях адаптации (ситуационных трудностях);
- методов саморегуляции, включая аутогенную тренировку при вегетативных (соматоформных) нарушениях;
- методов поведенческой психотерапии при обсессивно-компульсивных расстройствах;
- групповых методов (гештальт-терапия, психодрама и др.) при расстройствах личности и поведения;
- семейной психотерапии при расстройствах, связанных с семейными проблемами.

Психотерапия при ситуационных реакциях у лиц, оказавшихся в кризисных ситуациях, должна быть направлена прежде всего на активное преодоление неблагоприятной жизненной ситуации. Необходимы немедленная клиническая и психологическая диагностика, освобождение от эмоциональной нагрузки, переработка лишь актуальной проблематики, доверие и понимание пациента. Наряду с краткосрочной интенсивной индивидуальной психотерапией (преимущественно когнитивной), адекватной задачам, вытекающим из кризисной ситуации, в частности сопровождающейся суицидальной попыткой, описаны различные методы индивидуальной, групповой и семейно-кризисной психотерапии.

Психотерапия невротических расстройств

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (по Б.Д.Карвасарскому) среди множества других психотерапевтических методов в наиболее полном виде реализует этиопатогенетический подход к пониманию и устранению причин и механизмов развития неврозов. Показана больным с различными невротическими расстройствами, хотя, разумеется, эффективность ее в каждом случае будет определяться их клинко-патогенетическим своеобразием.

Исследования последних лет отражают смещение акцента с индивидуальной психотерапии невротических расстройств к разработке системы групповой психотерапии, которая позволила бы более эффективно восстанавливать нарушенные отношения личности, играющие роль

в патогенезе неврозов, и перестраивать их путем воздействия на все основные компоненты отношения — познавательный, эмоциональный и поведенческий. Вопрос о соотношении индивидуальной и групповой психотерапии при неврозах может решаться в соответствии с представлениями о первичных и вторичных механизмах невротической симптоматики. Поскольку первичные механизмы в большей степени связаны с внутриличностным конфликтом и историей жизни больного, а вторичные — с трудностями его межличностных отношений и актуальной жизненной ситуации, то закономерным является сосредоточение внимания в индивидуальной психотерапии на проблематике первого и в групповой психотерапии — второго рода.

При неврозах применяются различные формы групповой психотерапии: групповая дискуссия, пантомима, психогимнастика, проективный рисунок, музыкотерапия, двигательная терапия и др. Психотерапия проводится как в открытых, так и в закрытых группах, чаще в составе 8—12 человек (малые группы). Обычно организуются группы, гомогенные в этиопатогенетическом отношении (определяющая роль психогенного фактора в развитии заболевания) и гетерогенные в прочих (форма невроза, пол, возраст, синдром). Реже используются гомогенные по симптому группы больных неврозами (чаще с фобиями), в которых тренирующие, применяемые в реальных проблемных ситуациях терапевтические методы центрированы на симптоме.

К симптоматическим психотерапевтическим методикам, т.е. направленным в большей мере на смягчение или ликвидацию невротической симптоматики (конверсионной, обсессивно-фобической и др.), относятся гипноз, аутогенная тренировка, поведенческие методы и др. Могут быть использованы различные методы гипносуггестивной терапии, как классический, так и эриксоновский гипноз. Среди других методов следует указать терапию творческим самовыражением, разработанную М.Е.Бурно, и семейную психотерапию.

Психотерапия расстройств личности и поведения

В последние годы наибольшее распространение среди психотерапевтических методов лечения расстройств личности и поведения получила групповая психотерапия. Говоря о задачах групповой психотерапии при психопатиях, многие авторы подчеркивают, что она позволяет пациентам лучше оценить свои реакции на жизненные трудности, выявить индивидуально непереносимые ситуации, способствующие декомпенсации, продемонстрировать реакции группы на их поведение. Главное, чего позволяет добиться групповая психотерапия, — это научить предусматривать последствия своего поведения и корректировать его в конкретных условиях, что будет способствовать более успешной социальной адаптации. Используются такие методы, как гештальт-терапия, психодрама и др.

Большой интерес представляет опыт использования при сенситивных (астеническая, психастеническая, шизоидная психопатия, шизотипиче-

ское расстройство и некоторые формы шизофрении) и истерических личностных расстройствах «клинической психотерапии творчеством» (Бурно М.Е., 1998). Терапия творческим самовыражением, глубоко индивидуализированная, основанная на тонком знании особенностей психопатической личности, ее структуры, клинического состояния, включает создание творческих произведений (занятия живописью, скульптурой, художественной фотографией), общение с природой и др.

М.Е.Бурно указывает на три лечебных фактора при психотерапии указанным методом:

- возвращение собственной индивидуальности;
- катарсис;
- возникновение контактов, общения с другими людьми благодаря предметам своего творчества.

Психотерапия осуществляется в индивидуальной, а чаще в групповой формах.

Важное значение при психопатиях имеет семейная психотерапия, проводимая в форме индивидуальных и групповых занятий.

Психотерапия в лечении сексологических расстройств

Во многих случаях она является единственной формой сексологического лечения, в других же (даже при хирургическом лечении) используется как форма дополнительного лечения или как один из компонентов комплексного лечения. Используются рациональная, суггестивная психотерапия, некоторые формы поведенческой и семейной психотерапии. Все более широкое признание в лечении психосексуальных нарушений получают *тренинговые методики*. Теоретической основой этих методик являются теория научения и теория условных рефлексов, в соответствии с которыми расстройства можно рассматривать как заученные привычные формы поведения, нарушающие адаптацию, или как зафиксированные стереотипы патологических условных рефлексов. Тренинговые методики основаны на обучении новым, правильным, желательным реакциям и формам поведения или на отучении от нежелательных форм поведения, нарушающих нормальное функционирование человека в сфере сексуальности.

Психотерапия в лечении аддиктивных расстройств

Существуют разнообразные психотерапевтические методы и подходы. При этом сложно отдать предпочтение какой-либо группе методов и в плане их терапевтической эффективности, и в отношении разработанности терапевтических основ применяемых психотерапевтических воздействий. Психотерапевтические методы, применяемые при лечении больных с зависимостью от психоактивных веществ, можно разделить на три главные группы (В.Ю.Валентик):

- методы манипулятивной стратегии;
- методы, развивающие личность;
- синтетические методы.

Методы манипулятивного характера адресованы главным образом к патологическим процессам. Пациент рассматривается как объект действия; цель — изменение поведения. Терапия чаще непродолжительна, результат достигается относительно быстро, но не всегда устойчив; взаимоотношения пациента и терапевта характеризуются патернализмом со стороны терапевта, принятием на себя ответственности за результат лечения. К ним можно отнести большинство суггестивных методов, поведенческую психотерапию и другие.

Развивающие личность методы адресованы главным образом к нормативно-компенсаторным процессам. Пациент рассматривается как субъект воздействия, цель — рост личности. Терапия достаточно продолжительна и трудоемка: результаты достигаются относительно медленно, но более устойчивы; взаимоотношения терапевта и пациента характеризуются партнерством.

К этой группе методов относятся психоанализ, экзистенциальный анализ (логотерапия), отчасти транзактный анализ, гештальт-терапия, клиент-центрированная терапия (по К.Роджерсу) и другие методы так называемой гуманистической ориентации.

В большинство психотерапевтических программ входят те или иные методы, направленные на улучшение психической саморегуляции: аутотренинг, самовнушение, трансцендентальная медитация и др.

Психокоррекционные воздействия могут быть оказаны в группах само- и взаимопомощи. Наиболее распространено движение «Анонимные алкоголики». Разработанная в его рамках программа 12 шагов позволила использовать простые, но эффективные приемы психологической помощи и взаимной поддержки. Существенными в психотерапевтическом отношении стали несколько обстоятельств. Во-первых, программа само- и взаимокоррекции учитывает особенности психологического статуса больных с алкогольной и другими видами зависимости и принимается ими, интегрируясь с другими видами терапии. Во-вторых, программа позволяет понять и более адекватно оценить собственное заболевание. В-третьих, программа 12 шагов апеллирует к высшим духовным ценностям пациента и активизирует их. Пациенты при этом получают дополнительные силы и энергию для борьбы со своим заболеванием. Программа и движение «Анонимные алкоголики» являются чрезвычайно полезными, поскольку имеют четкую реабилитационную направленность и реально помогают больным алкоголизмом в процессе выздоровления. Элементы программы 12 шагов используются и в семейной терапии.

Психотерапия в работе врача общей практики

Знание психологии больного, его личностных особенностей и возможностей, его понимания и отношения к болезни, безусловно, может и должно повысить эффективность медицинской помощи.

Под психотерапией в широком смысле слова, или под *общей психотерапией*, понимают весь комплекс психических факторов воздействия

на больного любого профиля с целью повышения его сил в борьбе с болезнью, создания вокруг него охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию. В этих случаях психотерапия служит вспомогательным средством и необходима в любом лечебном учреждении. Иными словами, каждое лечебное воздействие должно включать и психотерапевтический компонент. Каждый врач, независимо от его узкой специальности, должен являться также психотерапевтом для своего пациента. Известный отечественный психиатр В.В.Ковалев (1972) в работах, посвященных психическим расстройствам у соматических больных, подчеркивал, что *особенно действенна психотерапия, проводимая лечащим врачом*.

Психотерапевтическое воздействие оказывают на больного поведение врача, беседа о характере заболевания, особенностях его течения, лечебные назначения и рекомендации режима, труда и отдыха. Все это будет обладать психотерапевтическим действием только в том случае, если поведение врача подчинено главной цели — формированию у пациента адекватного отношения к своему заболеванию (нормосоматозогнозии) на всем протяжении диагностического и лечебно-реабилитационного процесса. Это, по существу, и составляет психологический аспект работы лечащего врача. Нормализация понимания болезни, правильная оценка и отношение к ней достигаются через апелляцию к личности больного, а также влияние на окружающую больного среду. Этот процесс предусматривает максимальную мобилизацию резервных возможностей больного для успешного обследования и лечения, формирования выдержки и мужества в борьбе с болезнью и ее последствиями с целью быстрее возвращения к активной жизни.

При проведении психотерапии врач оказывает влияние на личность больного, стремится изменить в ней те реакции, которые способствовали возникновению болезни или закреплению болезненных проявлений. Характерологические особенности больного и клинические проявления болезни определяют те задачи, которые стоят перед психотерапевтом, и поэтому требуют *индивидуального подхода в каждом случае*.

Некоторые врачи рассматривают психотерапию как «обучение» больного вести себя соответствующим образом в определенной ситуации и уметь управлять своими вегетативными и эмоциональными реакциями. Подобные эффекты могут достигаться с помощью определенных методик, которыми владеют специалисты. Однако не этому процессу обучения принадлежит решающая роль в психотерапии. Психотерапевтическое воздействие, как принято считать в настоящее время, должно быть направлено на динамику нарушенных отношений личности к своему здоровью и социальному окружению.

Основными целями психотерапии в общесоматической практике являются:

- разъяснение роли самого больного в успешности лечения и реабилитации;
- коррекция соматозогнозии;

- нивелирование отрицательных реакций на болезнь (отрицания, ухода в болезнь, безразличия и др.);
- стимуляция активности больного в преодолении заболевания;
- создание системы психологической поддержки больному и условий для подавления неадекватного отношения к болезни, мешающего проведению эффективного лечения.

Апелляция к личности больного осуществляется путем психологического воздействия на различные уровни соматонозогнозии и составляющие внутренней картины болезни: ослабление дискомфортных явлений и болей, дезактуализацию значимости витальной угрозы, этического, эстетического, интимного и профессионально-трудового компонентов. Важное значение имеют нормализация эмоциональных реакций на проявления болезни, снятие эмоциональной напряженности, состояний тревоги и страха. Все это повышает психологическую устойчивость больного. Для достижения этих целей используют созданный в отделении благоприятный психологический климат, разумное позитивное влияние на больного его родных, близких, друзей, а также медперсонала и больных его палаты. При эффективном применении всех мер психотерапевтического воздействия на больного наступает улучшение его настроения, исчезает недоверие к методам обследования и лечения, боязнь их и, наоборот, появляются надежда, а затем и уверенность в выздоровлении.

15.2. Психотерапия у детей и подростков

Клиническая психотерапия детско-подросткового возраста существует на пересечении социальных, психологических, медицинских и педагогических направлений. В основе самых различных методов и приемов лечебно-коррекционного воздействия лежит онтогенетически ориентированный подход.

Концептуальным основанием детско-подростковой психотерапии является тот факт, что психофизический облик ребенка, в отличие от взрослого, качественно меняется в течение короткого времени, и тем быстрее, чем младше возраст. Возвращение в прежнее, доболезненное состояние психики не может служить оптимальной целью в работе с ребенком, находящимся в процессе интенсивного роста и развития. Поэтому важно, чтобы психическое состояние к моменту окончания психотерапии характеризовало пациента не до болезни, а соответствовало тому уровню развития психики, который сформировался бы к этому времени при сохранении благоприятных внешних и внутренних условий созревания. В основе онтогенетически ориентированного подхода лежит эволюционно-биологическая концепция психических заболеваний, и в частности учение о психическом дизонтогенезе Г.Е.Сухаревой, Г.К.Ушакова, В.В.Ковалева. Личностно-ориентированной психотерапии психодинамического, гуманистического, бихевиорального направлений (Карвасарский Б.Д., 1999) в детско-подростковом возрасте со-

ответствует онтогенетически адаптированный ее вариант, названный Ю.С.Шевченко и соавт. «онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапией». В соответствии с концепцией онтогенетически ориентированной психотерапии разработаны практические методики семейно-групповой лечебно-коррекционной работы, интегрирующие различные приемы гештальт-терапии, бихевиорального подхода, суггестии и аутосуггестии, игровой и коллективной психотерапии, психогимнастики, игровой психотерапии и других клинико-психологических направлений.

В отличие от взрослых, решение о начале психотерапии у детей принимается родителями. Кроме того, отсутствуют другие необходимые для психотерапии у взрослых компоненты: сознание болезни, добровольное решение и воля к выздоровлению. Нередко и сам симптом у ребенка несет в себе «послание к взрослым» или является средством борьбы с ними, и таким образом с его помощью ребенок отвоевывает свое место. Необходимость учитывать и корректировать внутрисемейную ситуацию, социальное окружение (детский сад, школа) ребенка делает детского психотерапевта в какой-то мере всегда системным (семейным или групповым) психотерапевтом.

Внушение присутствует при любых видах психотерапии. Оно может проводиться *наяву*. И тогда оно разделяется на *прямое* и *косвенное*. У маленьких детей используется механизм *импринтинга* (*запечатления*), который состоит в произнесении коротких фраз во время игры без ее прерывания для вызывания ориентировочной реакции и запечатления. Внушение может быть даже шоковым. Прямое внушение *во сне* может использоваться не только психотерапевтом, но и родителями. Оптимальная фаза для проведения прямого внушения во сне — фаза поверхностного сна, так как в глубоком сне внушение не воспринимается, а в фазе сновидений внушение может вступить в непредсказуемое сочетание с содержанием сновидений. Родителями может использоваться этот вид внушения после обучения терапевтом, в том числе записанный на пленку. *Прямое внушение* эффективно при невротических реакциях, неврозах, психосоматических и поведенческих симптомах. При косвенном внушении используются посредники: родители, игры, игрушки, режимные и лечебные моменты и процедуры, медикаменты. В родительском косвенном послании используется периферический слух. Родители в разговоре между собой, находясь в поле досягаемости слуха ребенка, используют суггестивные формулы позитивного значения («Я знаю, что она сможет») или говорят что-то информирующее или убеждающее (рассказ о том, что кто-то это уже сделал). С косвенным посланием связан и *плацебо-эффект* от назначения индифферентного вещества с информацией о его положительном эффекте. Родительский плацебо-эффект особенно важен при работе с маленькими детьми, которым еще невозможно дать прямые установки. Наиболее действенное внушение производится в состоянии гипноза.

Гипноз, особенно его мягкие, недирективные варианты, широко используется в детской практике. Дети поддаются гипнозу легче, чем

взрослые. В настоящее время считается, что гипноз возможен с того времени, когда «ребенок может слушать сказку». Широкое применение находит особый вид гипноза — *эриксоновский гипноз*, заключающийся в особой недирективной технике гипнотизации, использующей язык образов. *Гипнокатарсис*, предложенный в конце XIX в., использует способность гипноза вызывать амнезирование психотравмирующих переживаний.

Гипноз у детей можно использовать для лечения фобий, энуреза, энкопреза, мутизма, заикания, сосания пальца, выдергивания волос, обгрызания ногтей, тиков. Находит применение гипноз в лечении таких психосоматических и соматоформных расстройств у детей и подростков, как экзема, астма, неосложненные формы сахарного диабета, рвота, психогенные боли и боли физического происхождения, эмоциональные срывы, конверсионные реакции. Гипнотический транс может оказывать поразительное влияние на боль. Особенно часто он используется у больных с ожогами, онкологическими заболеваниями, при операциях у стоматолога и перед первым гинекологическим обследованием у девочек. Гипноз может способствовать снижению выраженности посттравматических стрессовых расстройств, устранять трудности засыпания, ночные страхи и кошмары.

Самовнушение, использующее многие техники, обращено прежде всего к ресурсам психики, а не к проблеме. Оно возможно у детей с 7–8-летнего возраста, достаточно психомоторно стабильных и мотивированных на лечение. Аутогенная тренировка, предложенная Дж.Шульцем, наиболее эффективна при функциональных и психосоматических нарушениях. В развернутом виде применима не ранее подросткового возраста, хотя ее элементам ребенок может быть обучен и гораздо раньше.

Игровая психотерапия опирается на основные функции детской игры. Она широко применяется в детском возрасте при терапии большого круга психических расстройств, нарушений поведения и социальной адаптации, особенно часто — при неврозах у детей. Игровая психотерапия позволяет посредством символизации и механизма фантазийного «исполнения желаний» отреагировать и разрешить внутриличностные конфликты. Будучи воспроизведенными в игре, травматические переживания подчиняются «хозяину игры». Таким образом, ребенок подчиняет себе ситуацию, в которой он в реальности чувствует себя бессильным. Помимо этого, в процессе игры ребенок учится достигать отделения себя от матери или человека, ее заменяющего. Это особенно важно для детей с эмоциональными расстройствами. Кроме того, в процессе игры ребенок усваивает необходимые социальные навыки (вступать в контакт, расставаться, делиться игрушками и др.). Он учится примерять желанные взрослые роли, адаптируется в среде людей, у него уменьшается страх смерти. Игровая психотерапия используется у детей и подростков в индивидуальной, семейной и групповой формах. Может проводиться как амбулаторно, так и в стационаре, в условиях школьной работы психолога.

Игровая терапия отреагирования воссоздает в игре травмирующую ситуацию. Разыгрывая ее, ребенок реструктурирует свой опыт и переходит из пассивно-отрицательной в активно-созидательную позицию. Сама игра является и способом установления контакта с ребенком, и инструментом диагностики, и материалом для проработки проблем ребенка. После достижения контакта с ребенком игровая психотерапия проводится и для вовлечения его в *психоаналитическую работу* в связи с невозможностью использовать метод свободных ассоциаций. Последователи британской ветви психоаналитической школы использовали игру как замену вербализаций, на которые дети еще не способны. В то же время игра выражает сложные аффекты и идеи. В психоаналитической модели игровое поведение интерпретируется с первой же встречи. Целью является осознание ребенком бессознательных мотивов собственных действий. Психоаналитическая терапия используется в подростковом возрасте достаточно ограниченно, несмотря на то, что существует множество модификаций этого метода. Помимо игры используется анализ снов и фантазий.

В **поведенческой психотерапии** игра используется как материал для введения новой системы подкрепления, а сама игра рассматривается как обладающая собственными лечебными свойствами. Используются такие методы поведенческой терапии, как систематическая десенсибилизация и скрытая сенситизация. *Систематическая десенсибилизация* заключается в вытеснении выученных реакций. Составляется список ситуаций, вызывающих нежелательные реакции, в порядке интенсивности. И такой же список успокаивающих ситуаций. Осваиваются техники релаксации. В течение 30–40 с представляется самая слабая нежелательная ситуация, ее сменяют успокаивающей. Чередование повторяют 7–8 раз. При исчезновении нежелательной реакции переходят к следующей, более сильной. При неудаче после остановки сеанса изучают причину вместе с психотерапевтом. Метод эффективен с 10–12 лет. *Скрытая сенситизация* направлена на ослабление или ликвидацию отдельных видов поведения через воображение их в вызывающем отвращение виде. Например, при переедании вызывается в воображении вид вкусного стола, за которым следует упорная рвота.

Рациональная психотерапия, предложенная П.Дюбуа и относящаяся к когнитивным методам, сосредотачивает внимание на логической стороне поведения. У детей до 10 лет используют ее элементы, она используется у подростков преимущественно с сильным рассудочно-аналитическим радикалом и алекситимией. От психотерапевта требуется внимание, чтобы не дать ей перерасти из психотерапевтического диалога в философский диспут. В детской практике рациональная психотерапия используется также как неотъемлемая часть работы с семьей.

Арт-терапия объединяет разные подходы к изобразительной деятельности как способу коммуникации и содержит любые техники и приемы живописи и скульптуры. Она помогает в установлении контакта, применима к любым ситуациям и к любым больным. Особое

место занимает в работе с больными шизофренией с расстройствами психотического уровня, при детском аутизме, депрессии, открывая дополнительное поле для работы. Терапевтический эффект создается за счет катарсиса, создания и углубления чувства безопасности, десенсибилизации, обучения, моделирования и перестройки отношений и личностного роста. В детской практике роль психотерапевта более активна. Особенно эффективна при символическом уничтожении навязчивых представлений и страхов (например, при сжигании или разрывании рисунка с фобическим объектом). При разрешении внутреннего конфликта помогает метафорический рисунок.

Психотерапия творческим самовыражением, по М.Е.Бурно, использует творческие занятия (дневники, литературу, фотографию, любительский театр) для укрепления веры в себя, улучшения коммуникации и личностного роста. Применяется с подросткового возраста у дефензивных, склонных к рефлексии пациентов.

При **библиотерапии** психотерапевт использует литературу с неспецифической целью (успокаивает, внушает уверенность, доставляет удовольствие, активизирует) или ставит перед собой специфические цели, помогая психологической переработке и разрешению конфликта. В полном виде библиотерапия применима при вступлении ребенка в возраст активного чтения. В редуцированном виде она используется у самых маленьких как модификация *сказкотерапии*. *Поэтическая терапия* может быть использована в любом возрасте (с 3—4 лет) без нозологических и синдромологических ограничений. Она может быть в рамках библиотерапии или смыкаться с экспрессивными и креативными формами в широком спектре от лепетной поэзии до собственного творчества.

Музыкотерапия обладает седативным, тонизирующим, одухотворяющим свойством. Она используется в индивидуальной или групповой работе самостоятельно или как фоновое сопровождение гипноза, суггестии или эмоционально-стрессовой терапии (по В.Е.Рожнову и М.Е.Бурно). У детей музыкотерапия чаще используется в сочетании с пластическими, ритмическими, танцевальными занятиями. У подростков может применяться как самостоятельный вид терапии. В некоторых видах музыкотерапии основную роль играет обмен простейшими музыкальными сигналами ребенка и терапевта (ритмикой барабана, звоном колокольчиков, фортепьянными звуками). Это вовлечение в музыкальный диалог моделирует последующую коммуникацию и становится основой для переноса этого коммуникативного опыта в другие сферы жизни. Этот метод используется для работы с детьми, практически не доступными контакту и другим формам психотерапии при детском аутизме, ранней детской шизофрении, глубоком психическом недоразвитии, выраженной степени депривационной задержки развития. Он может также применяться с раннего возраста, когда другие виды и формы психотерапии еще неприменимы. Занятия длятся от 30 мин до 1 ч и проводятся индивидуально или в малых группах.

Паравербальная психотерапия (Е.Хеймлих) состоит в том, что общение идет через сенсомоторные каналы с акцентом на коммуникацию и ослабление дезорганизующих элементов. Для занятий могут использоваться невербальные вокализации, рифмование, мелодии, драматизация, краски для рисования, приспособления для пуска мыльных пузырей, эластичный трос, вода. Все действие происходит в атмосфере удовольствия и принятия. Звук и движения переплетаются, образуя единое целое. К ним присоединяются прикосновения. Используется у дошкольников с неприспособленностью к общению.

Телесноориентированная психотерапия по В.Райху. Согласно В.Райху, мышечный панцирь как телесное выражение психологических блоков организуется в семь основных защитных сегментов (глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота и таза). Терапия по Райху состоит в ослаблении и ликвидации мышечного панциря в каждом сегменте с использованием специальных техник (дыхания, контактных методов, выражения эмоций и т.д.).

Семейная психотерапия возникла в 1950-х годах и существует в рамках различных теоретических подходов. В детской и подростковой практике используется как в индивидуальной работе с пациентом, так и с несколькими или всеми членами семьи, помогая каждому из них решать свои проблемы и таким образом оптимизировать семейное общение.

Психотерапия в настоящее время используется также **в работе с делинквентными подростками**. В формировании делинквентного поведения подростков существенное значение имеют акцентуации характера и поведенческие расстройства. В качестве основных психотерапевтических принципов психотерапевтической помощи таким подросткам отмечают:

- необходимость реализации и активизации позитивных свойств личности делинквентного подростка;
- противодействие негативным качествам с переключением активности, привычек, свойств подростка на иные социально приемлемые цели.

Рекомендуются различные формы и техники психотерапии, адекватные для различных акцентуаций: «психотерапия увлечениями» — при гипертимном типе отклонения характера, недирективная психотерапия — у эпилептоидных, рациональная психотерапия, библиотерапия, методика разыгрывания ролевых ситуаций — у неустойчивых и т.п.

15.3. Методы психопрофилактики и социальной реабилитации больных психическими расстройствами

Психопрофилактика

Профилактика любых заболеваний, в том числе психических, согласно классификации ВОЗ, подразделяется на первичную, вторичную и

третичную. *Первичная психопрофилактика* включает мероприятия, препятствующие возникновению нервно-психических расстройств. *Вторичная психопрофилактика* объединяет мероприятия, направленные на предупреждение неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации, на уменьшение патологических проявлений, облегчение течения болезни и улучшение исхода, а также на раннюю диагностику. *Третичная психопрофилактика* способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного и приводящих к инвалидизации.

Существуют и другие взгляды на психопрофилактику: первичная психопрофилактика складывается из общих мероприятий, направленных на повышение уровня психического здоровья населения, и специфической части, которая включает раннюю диагностику (первичный уровень), сокращение числа патологических нарушений (вторичный уровень) и реабилитацию (третичный уровень).

Психопрофилактика находится в тесной взаимосвязи с другими дисциплинами. В психопрофилактической деятельности принимают участие представители разных профессий — врачи, психологи, педагоги, социологи, тренеры и специалисты по адаптивной физической культуре, юристы. Привлечение к разработке и осуществлению психопрофилактических мероприятий тех или иных специалистов и их вклад зависят от вида психопрофилактики. Возможности реальной профилактики существуют лишь для ограниченных групп психической патологии с достаточно изученными этиопатогенетическими механизмами, к которым можно отнести: психогенные расстройства, включая невротические, расстройства личности и поведения, посттравматические и постинфекционные расстройства, некоторые сравнительно редкие формы олигофрении, связанные с наследственными болезнями обмена, например фенилкетонурию.

Для *первичной психопрофилактики* особенно значимы *психогигиена* и *широкие социальные мероприятия* по ее обеспечению. Важное значение имеют борьба с инфекциями и предупреждение травматизма, устранение патогенного воздействия окружающей среды, вызванного экологическим неблагополучием. Первичная профилактика родовых черепно-мозговых травм и асфиксии, которые нередко являются причиной различных, в том числе инвалидизирующих заболеваний (некоторые формы эпилепсии, олигофрении, СДВГ, ядерные формы психопатий и др.), находится преимущественно в сфере деятельности акушеров-гинекологов.

К задачам первичной психопрофилактики относится также выявление лиц с повышенной угрозой заболевания (преморбидно наименее устойчивых) или ситуаций, несущих в себе угрозу психических расстройств для лиц, оказавшихся в них, вследствие повышенного психического травматизма, и организация психопрофилактических мер по отношению к этим группам и ситуациям. Важную роль при этом играют такие области, как медицинская психология, педагогика, социология,

юридическая психология и др., разрабатывающие рекомендации по правильному воспитанию детей и подростков, выбору профессиональной ориентации и профессиональному отбору, организационные и психотерапевтические мероприятия в остроконфликтных производственных ситуациях, превентивные меры в отношении семейных конфликтов, профессиональных вредностей и т.д. В качестве профилактических мер наиболее значимая роль принадлежит психологической коррекции.

Психологическая коррекция — это система психологических воздействий, направленных на изменение определенных особенностей (свойств, процессов, состояний, черт) психики, играющих известную роль в возникновении болезней. Психологическая коррекция не направлена на изменение симптоматики и вообще клинической картины болезни, т.е. на лечение. В этом заключается одно из важных отличий ее от психотерапии. Она применяется на донозологическом уровне, когда психическое расстройство еще не сформировалось, а при сформировавшемся психическом заболевании для его лечения применяется психотерапия, которую проводит врач-психотерапевт, имеющий психиатрическую подготовку.

Выявление трудностей поведения у ребенка, не связанных с органической или эндогенной патологией, а являющихся следствием педагогической и микросоциальной запущенности, требует проведения коррекционно-педагогических и социальных мероприятий (воздействие на родителей, оздоровление семейной обстановки и др.), направленных на предупреждение формирования аномальной (психопатической) личности. Ввиду психогигиенического и психопрофилактического значения этих мер они должны проводиться психологами и педагогами при консультации детского психиатра.

Первичная профилактика психических заболеваний, таких как шизофрения, эпилепсия, олигофрения и некоторые другие, пока ограничена ввиду того, что этиология и патогенез большинства наиболее тяжелых форм психической патологии до настоящего времени остаются недостаточно ясными. Значение имеет лишь медико-генетическое консультирование. Развитие техники биологических исследований привело к появлению возможности пренатальной диагностики тяжелых врожденных заболеваний головного мозга, сопровождающихся психическим недоразвитием, с помощью специальных методик цитологического исследования амниотической жидкости. Внедрение этих методик в практику должно способствовать значительному расширению возможностей предупреждения наследственных (хромосомно-генетических) заболеваний.

Вторичная психопрофилактика, т.е. раннее выявление и предупреждение неблагоприятного течения психических заболеваний, занимает большое место в работе детских психиатров и психоневрологов. Кроме того, психологи, работающие в дошкольных учреждениях и школах, педагоги и педиатры, знакомые с начальными проявлениями психических расстройств, могут оказать неоценимую помощь психиатрам

и психоневрологам в раннем выявлении психических заболеваний. У взрослых пациентов ранние признаки психической патологии призваны выявлять врачи общемедицинской практики, изучающие психиатрию и клиническую психологию в вузе. Их задача — при выявлении у пациента признаков психического расстройства дать ему рекомендации обратиться за консультацией к психиатру, а в случае urgentных расстройств — организовать психиатрическое освидетельствование (консультацию психиатра) без согласия на то самого пациента, руководствуясь Законом «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании». Задачи врачей-психиатров по вторичной психопрофилактике заключаются в своевременном и правильном лечении больных с ранними проявлениями психических расстройств. Ведущая роль здесь принадлежит комплексной фармакотерапии и психотерапии.

При *третичной психопрофилактике* основное значение приобретает *социальная реабилитация больных*.

Важную роль в развитии психопрофилактики играют совершенствование структуры и увеличение числа различных психиатрических, психотерапевтических и психологических учреждений, особенно приближенных к населению (дневных стационаров, ночных профилакториев, психоневрологических и психотерапевтических кабинетов при поликлиниках, кризисных центров, психологической службы по телефону и т.п.), а также совершенствование методов диагностики и лечения больных с начальными, легкими формами психических расстройств.

Реабилитация является системой государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно-полезному труду. Реабилитация представляет собой сложный процесс, в результате которого у больного формируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества. Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, прежде всего — личностный подход к больному человеку (М.М.Кабанов).

В настоящее время принято различать медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. При психических заболеваниях реабилитация имеет свои особенности, связанные в первую очередь с тем, что при них, как ни при каких других болезнях, происходят серьезные нарушения личности, ее социальных связей и отношений, утрата социальных навыков, в том числе вследствие длительного пребывания в клинике и развивающегося у больных госпитализма. Реабилитация психически больных понимается как их ресоциализация, восстановление или сохранение индивидуальной и общественной ценности, их личного и социального статуса. В качестве приоритетного направления проводимых в последние годы реформ в зарубежной психиатрии, ак-

тивное внедрение которых готовится и в нашей стране, выбран переход от исключительно медицинской модели помощи к модели биопсихосоциальной (И.Я.Гурович).

За рубежом проблема ресоциализации психически больных остро встала в конце 1970-х — начале 1980-х годов, когда под влиянием антипсихиатрического движения огромное число больных были выписаны, а психиатрические стационары закрыты. Выписанные больные, не способные вести самостоятельную жизнь и обеспечивать себя экономически,полнили ряды бездомных и безработных. Они нуждались не только в психиатрической помощи, но и в социальной защите, финансовой поддержке, тренинге утраченных трудовых и коммуникативных навыков.

При тесном сотрудничестве психиатрических и социальных служб, существующих за счет государственного финансирования, общественных и благотворительных фондов, во многих европейских странах сформировалась разветвленная социореабилитационная система, нацеленная на поэтапную реинтеграцию психически больных в общество. Задачами входящих в нее учреждений являются предоставление психически больным временного места проживания, обучение и привитие им навыков, необходимых в повседневной жизни, улучшение их социальной и трудовой приспособляемости. С этой целью были созданы специальные общежития, гостиницы, в которых больные не только проживают, обеспечиваются психиатрическим наблюдением, но и получают помощь в профессионально-трудовой адаптации. Все большее распространение получает трудоустройство больных в обычных условиях производства, но при сохранении постоянного наблюдения психиатров и социальных работников. К сожалению, эта форма во многом зависит от работодателей.

Реформа организации психиатрической помощи ни в коем случае не обозначает немедленного сокращения коечного фонда психиатрических больниц. Но в будущем это неизбежно. Альтернативой специализированным психиатрическим больницам может быть создание в структуре больших многопрофильных больниц отделений кратковременного пребывания для острых психотических больных. Мировой опыт показывает, что выведение пациентов с психическими расстройствами за стены психиатрических учреждений способствует не только уменьшению случаев госпитализма, но и их социальной адаптации. При этом улучшится качество обследования и лечения. Содержание людей с психическими расстройствами в новых условиях не будет отличаться от других контингентов, уменьшится их социальное отторжение вследствие стигматизации. В связи со специализацией городских многопрофильных больниц представляется возможным расширение сети специализированных психосоматических и соматопсихиатрических отделений.

Главным звеном должна стать амбулаторная служба. По мнению В.С.Ястребова, значительная часть ныне стационарируемых больных (до 40%) могла бы обойтись без госпитализации. В России в последние годы в связи с общим ухудшением экономической ситуации, закры-

тием некоторых государственных предприятий и появлением безработицы реабилитация психически больных также стала трудноразрешимой задачей. Пришли в упадок обеспечивавшиеся ранее государством учреждения реабилитационной направленности — лечебно-трудовые мастерские, артели и производства, где могли трудиться инвалиды. Из-за недостаточности материальной базы сворачиваются программы профессионального обучения умственно отсталых во вспомогательных школах и интернатах, закрываются принимавшие их выпускников профессиональные училища. В создавшихся условиях выявилась необходимость поиска новых путей организации социально-трудовой адаптации психически больных и умственно отсталых.

В современных социально-экономических условиях только *развитие внестационарной помощи* может помочь достижению основной цели — истинной реабилитации больных, их адаптации к сложным жизненным условиям. При этом меняется не только стратегия, но и тактика оказания помощи. Необходим переход от преимущественно медицинской к полипрофессиональной модели — бригадному методу, когда с пациентом одновременно работают специалисты разных направлений. Это — психиатр, психотерапевт, психолог, психиатрическая медицинская сестра, социальный работник, активирующий терапевт и др. Только в этом случае имеет место комплексный подход к лечению больного, который учитывает все его проблемы — медицинские, социальные, психологические и др.

По единодушному мнению психиатров, подавляющее большинство пациентов, нуждающихся в реабилитации, составляют больные шизофренией. Для них должны использоваться специальные тренинговые программы, направленные на достижение автономности в стиле жизни больного, улучшение его социальных связей и профилактику полной изоляции (что наиболее важно для больных шизофренией). В реабилитации особенное значение имеет индивидуализированный подход, учитывающий вид и степень выраженности имеющейся у больного дисфункции (недостаточность инициативы и эмоций, социальный и когнитивный дефект).

Огромный контингент больных с пограничными психическими расстройствами нуждается в психотерапевтической помощи. Совсем небольшое количество существующих в стране психотерапевтических стационаров и кабинетов не могут ее обеспечить. Есть огромная потребность в психотерапевтических отделениях, в расширении сети психотерапевтических кабинетов, подготовке психологов и психотерапевтов, владеющих эффективными современными методами.

Особенности реабилитации больных с различными формами химической зависимости рассматриваются в разделе «Наркология».

15.3.1. Особенности реабилитации у детей и подростков

Основные положения реабилитации взрослых сохраняют значение и для детско-подростковой психиатрии. Вместе с тем существуют особенности,

связанные с возрастом пациентов, которые необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий. Реабилитация больных детей и подростков с психическими расстройствами — весьма необходимый, но в то же время очень трудный раздел работы, возможный только при сотрудничестве различных специалистов — психиатров, педиатров, педагогов, тренеров, психологов и др. Проводятся реабилитационные мероприятия в различных специализированных детских учреждениях, включающих оздоровительные детские сады (группы), центры медико-педагогической реабилитации для детей с задержкой психического развития, классы для детей с отклонениями в умственном развитии в специальных (коррекционных) образовательных школах, специальные (коррекционные) школы для несовершеннолетних, имеющих отклонения в развитии и совершивших общественно-опасные деяния и др.

Госпитализация детей в психиатрический стационар должна осуществляться только в случаях действительной необходимости и всегда быть минимальной по продолжительности. Госпитализация показана при острых психотических состояниях для предотвращения социально-опасных действий и суицидов. Однако как можно раньше следует использовать режимы частичной госпитализации, домашние отпуска, перевод в полустационары (дневной и ночной), а также амбулаторное лечение. Явления госпитализма у детей и подростков развиваются быстрее, чем у взрослых. Госпитализация отрывает ребенка от привычного ритма, и чем она продолжительнее, тем сложнее последующая адаптация.

Реабилитационные мероприятия всегда должны быть направлены на то, чтобы ребенок или подросток, несмотря на заболевание, получил достаточное образование, а в дальнейшем — профессиональную подготовку. Учебный процесс не следует прерывать надолго, поэтому детские и подростковые отделения должны иметь учебные классы. В них необходимо обеспечить полноценное обучение по всем программам, занятия малыми группами.

Если обычное школьное обучение неосуществимо, необходимо использовать его облегченные формы: сокращенный учебный день, дополнительный свободный день в середине недели. В других случаях можно использовать индивидуальное обучение на дому. При конфликтных ситуациях может быть рекомендован перевод в другое учебное заведение. Раннее трудоустройство в некоторых случаях следует рассматривать как лечебное воздействие.

Необходимы усилия, направленные на вовлечение подростка в постоянную и активную деятельность — учебную, трудовую, в организованные развлечения. Ребенка или подростка не следует предоставлять самому себе. Полный покой показан лишь при острых психотических синдромах или тяжелой астении. Во всех остальных случаях необходима стимуляция активности, чаще дозированной. В больничных условиях с помощью воспитателей, инструкторов по труду, методистов по физкультуре, психологов необходима организация разнообразной работы, игр, досуга и развлечений. Последние должны строиться с уче-

том интересов и распространенных увлечений данного детского и подросткового поколения (просмотр фильмов и телевизионных передач, прослушивание записей современной музыки, «дозированные» занятия на компьютере и т.п.). При отрицательном отношении к учебе и труду в качестве ключа к началу реабилитационного процесса можно попытаться использовать различные увлечения и хобби. Даже при остром психотическом состоянии, при отсутствии психомоторного возбуждения и нарушения сознания, надо подыскивать занятия, к которым ребенок или подросток проявляет интерес (книги, рисование, лепка, спортивные игры и др.).

Максимальные усилия должны быть направлены на адаптацию ребенка в семье. Для этого следует широко использовать семейную психотерапию.

Дети и подростки должны постоянно общаться со сверстниками, иначе их адаптация будет неполной. Однако этим общением необходимо руководить. Образованию спонтанных детских и подростковых групп, нередко с асоциальными лидерами во главе, необходимо противопоставлять организованные формы группового общения, учитывающие интересы и особенности отношений детей и подростков. По мнению А.Е.Личко, нецелесообразно подбирать в такие группы больных только по особенностям психического состояния — это может затруднить контакт между ними. В подборе групп нужно по возможности учитывать симпатии и антипатии больных, сходство интересов.

Перед больным не должны ставиться формальные преграды, обусловленные диагнозом «шизофрения». Вопрос об учебе в школе, средних специальных и высших учебных заведениях должен решаться индивидуально, в зависимости от состояния больного и профиля учебного заведения. При этом надо учитывать интересы как больного, так и общества в целом. Вряд ли целесообразно приобретение профессии, требующей очень напряженной работы, широких и быстро меняющихся контактов. Даже при хороших и стойких ремиссиях психоза риск рецидива все же достаточно высок, возможны также декомпенсации в стрессовых ситуациях. Поведение больных в этих обстоятельствах труднопредсказуемо. В связи с этим, с точки зрения общественных интересов, будет неоправданным приобретение профессий, при которых в случаях рецидива совершаемые по болезненным мотивам действия больного могут создать угрозу для жизни других людей или иные опасные ситуации.

При апатикоабулических расстройствах вовлечение в учебу и труд удаются только при нерезко выраженных изменениях личности и при поддерживающей терапии активирующими психотропными препаратами. Следует лишь особо подчеркнуть вред оставления ребенка или подростка без каких-либо занятий. Они нуждаются в постоянном стимулировании активности, труда, учебы по облегченной программе, выполнении домашних поручений, даже в том, чтобы следить за своей одеждой и чистотой тела. При тяжелых апатикоабулических и гебефренических расстройствах ни учеба, ни систематический труд не удаются.

Раздел IV.

ЧАСТНАЯ

ПСИХИАТРИЯ

Глава 16.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

16.1. Психические нарушения при черепно-мозговой травме

16.1.1. Психические нарушения при ЧМТ у взрослых

Черепно-мозговые травмы принято делить на открытые и закрытые. Повреждения головного мозга с конца XVIII в. делят на сотрясения (коммоции), ушибы (контузии) и сдавления (компрессии). Среди этих расстройств обычно преобладают сотрясения мозга — 56,6%, ушибы составляют 18%, сдавления — 8%. Такое деление носит условный характер, так как в ряде случаев наблюдается сочетанная травма.

В динамике травматических повреждений мозга выделяют четыре основных этапа: начальный, или острейший; острый, или вторичный; реконвалесценции, или поздний; этап отдаленных последствий, или резидуальный.

Психические нарушения, возникающие в результате ЧМТ, принято делить в соответствии с этими этапами травматических повреждений.

Психические нарушения *начального периода* характеризуются главным образом исключением сознания — комой, сопором, оглушением.

В *остром периоде* наблюдаются преимущественно острые психотические состояния по «экзогенному типу реакций» Бонгеффера: помрачения сознания (делириозное, сумеречное), эпилептиформное возбуждение, судорожные припадки. Позднее при прояснении сознания выявляется картина острого галлюциноза и корсаковского синдрома.

Травматические психозы относятся к симптоматическим психозам и не отличаются от психозов при экстрацеребральных соматических заболеваниях, отравлениях и мозговых процессах. Опыт последних войн и большой опыт, накопленный при катастрофах, расширили представления о динамике травматических расстройств и закономерностях психических нарушений.

В *периоде реконвалесценции*, или позднем периоде острых травматических расстройств, наблюдаются подострые или затяжные травма-

тические психозы, которые могут иметь тенденцию к повторным приступам и принимать периодическое течение, зачастую с регрессионной симптоматикой.

Психические нарушения отдаленного периода характеризуются различными вариантами психоорганического синдрома, проявляющимися с различной выраженностью, от церебрастенического до органического слабоумия.

Острые травматические психотические состояния

Острые травматические психозы являются типичной экзогенной формой реакции, по К.Бонгефферу (1912). Они являются как бы промежуточной стадией между бессознательным состоянием (кома, сопор) и полным восстановлением сознания.

В.Гризингер и П.Шредер отмечали, что при острых травматических психозах наблюдается «диссоциация», обусловленная неравномерным восстановлением психических функций. Считают, что эти психозы не обусловлены непосредственной травмой, а являются как бы результатом борьбы организма с различными вредностями — физическими, термическими, аноксемическими.

Клинически острые травматические психозы могут проявляться различными состояниями измененного сознания: *оглушенностью, делирием, эпилептическим возбуждением, сумеречным помрачением сознания*, реже аменцией. Эти состояния наблюдаются непосредственно после выхода из бессознательного состояния. Больной как будто бы вышел из комы, начал отвечать на вопросы, затем внезапно появляется возбуждение, он вскакивает, стремится куда-то бежать или видит людей, чудовищ, ему кажется, что он летит, плывет, качается. Наличие вестибулярных расстройств в клинической картине характерно для травматического делирия (В.А.Гиляровский). В этом периоде возможны не только эпилептиформное возбуждение, суженность сознания и сумеречные помрачения сознания, но и единичные или серийные припадки эпилептиформного типа.

При более четком прояснении сознания возможно возникновение галлюцинозов, чаще слуховых, реже зрительных и тактильных.

Больной, 28 лет, был сбит мотоциклом, на несколько минут потерял сознание, к врачам не обращался, несмотря на то, что испытывал головные боли и головокружение, с трудом ходил на работу, выполнял обязанности штукатура. После работы, в общежитии лежал в постели и внимательно смотрел на стену, на которой видел целые картины, как в «кино». После того как приятелям предложил посмотреть с ним «кино», был направлен к врачу и стационарирован в больницу.

В ряде случаев после выхода больного из бессознательного состояния или из делирия обнаруживается клиническая *картина корсаковского синдрома*. С фиксационной амнезией, конфабуляциями и псевдореминисценциями и часто с четкой ретроградной амнезией.

По выходе из коматозного состояния может развиваться картина поздней кататонии (*апатический синдром*), впервые описанный Э.Кречмером в 1941 г. у больных энцефалитами, а позднее — при тяжелых травматических поражениях мозга. Апатический синдром может продолжаться несколько месяцев, и выход из него всегда приводит к грубым психоорганическим расстройствам (органическому слабоумию).

Травматические (периодические) аффективные психозы

Через несколько недель или месяцев после перенесенной черепно-мозговой травмы, как правило, после дополнительной экзогенной вредности, возможно возникновение психозов с аффективной и аффективно-бредовой симптоматикой.

В клинической картине ведущее место занимают аффективные и аффективно-бредовые расстройства.

Для депрессивных состояний характерна ипохондрическая симптоматика, при маниакальных — возможен экспансивный бред величия; и в том, и другом случае наблюдаются конфабуляции, которые включаются в структуру основных расстройств.

При маниакальных состояниях преобладает эйфория, двигательная активность не столь выражена и продолжительна, как при аффективных маниакальных состояниях. Быстро наступают истощаемость, головная боль, вялость, сонливость, однако после отдыха вновь наблюдаются подъем настроения и двигательной активности. Сравнительно часто наблюдается гневливая мания.

Отвлекаемость обычно не выражена, больные скорее застревают на неприятных переживаниях с трудом переключаются на другие события, в этих случаях преобладает злобно-раздражительный фон настроения.

При простой эйфории наблюдается пустая гиперактивность с малопродуктивной деятельностью, критика в оценке своего состояния отсутствует, конфабуляции связаны с воспоминаниями о травмирующей ситуации.

В другой группе больных эйфория менее выражена, на первый план выступают вялость, аспонтанность, но при расспросах выявляются яркие, живые, полные фантазий конфабуляции.

Психозы продолжаются несколько недель, затем наступает выздоровление. Под влиянием дополнительных экзогенных вредностей возможно повторение психоза, но, как правило, последующие приступы болезни носят менее выраженный характер, если первый психоз был с аффективно-бредовой симптоматикой, то последующие — только с аффективными расстройствами (регредиентное течение).

Психические нарушения в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы

В отдаленном периоде наблюдаются различные проявления негативных расстройств, обусловленные сформировавшимся дефектом. Выраженность сформировавшегося дефекта зависит от многих причин: тяжести

ЧМТ, объема повреждений мозга, возраста больного, своевременности и объема терапии, наследственных и личностных особенностей, установок личности, экзогенных вредностей, соматического состояния и др.

Основным проявлением в отдаленном периоде ЧМТ является различная выраженность психоорганического синдрома. В зависимости от преобладающей симптоматики выделяют четыре варианта психоорганического синдрома: травматическая церебрастения, энцефалопатия, включающая различные варианты психопатоподобных нарушений, эпилептиформные пароксизмальные расстройства травматического генеза, травматическое слабоумие.

Травматическая церебрастения

Астения — наиболее частое расстройство. Она наблюдается в 60% случаев и является сквозным синдромом (Ю.Д.Арбатская и др.). Если в остром периоде преобладает адинамия, то в отдаленном периоде — раздражительность и истощаемость. Вспышки раздражительности, как правило, непродолжительны, после реакции раздражения или гнева больные обычно сожалеют о несдержанности. У больных достаточно постоянны вегетативные расстройства: колебания АД, тахикардия, головокружение, головная боль, потливость; часто возникают вестибулярные расстройства: больные плохо переносят транспорт, не могут качаться на качелях. Бывает нарушен ритм сна-бодрствования. Больные отмечают ухудшение самочувствия при изменениях погоды. В ряде случаев церебрастенические расстройства достаточно быстро сглаживаются, но выявляется невыносимость к дополнительным нагрузкам (понижен порог выносливости).

Характерной является возникшая ригидность нервных процессов: больные утрачивают способность быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, — эта особенность может сохраняться у больного несколько месяцев.

Выделяют два варианта церебрастенических расстройств: с преобладанием раздражительности и истощаемости.

На фоне церебрастении часто наблюдаются различные неврозоподобные симптомы: элементарные фобии, истерические реакции, вегетативные и соматические истерические расстройства, тревога, субдепрессия, вегетативные пароксизмальные приступы и др.

Травматическая энцефалопатия

Ведущими являются аффективные расстройства, характеризующиеся усилением и недифференцированностью эмоциональных реакций, которые включаются в клиническую картину психоорганического синдрома. Интеллектуально-мнестические расстройства четко не выражены, основными проявлениями являются психопатоподобные формы поведения и отношения к окружающему. Наиболее часто встречаются истероформные и эксплозивные расстройства и их сочетание.

Условно выделяют травматическую энцефалопатию с психопатизацией и апатией. У больных с апатическим вариантом выражены астенические расстройства, преобладает истощаемость и утомляемость. Такие больные вяло бездеятельны, круг их интересов ограничен, они жалуются на нарушения памяти, затруднения при интеллектуальной деятельности. Эти больные часто непродуктивны не столько из-за интеллектуально-мнестических расстройств, сколько из-за истощаемости и аффективной лабильности.

Травматическая энцефалопатия с психопатоподобными расстройствами характеризуется преобладанием эмоциональной возбудимости над истощаемостью. Эмоциональные реакции, как правило, непосредственны в ответ на ситуацию и неадекватны по силе и выраженности. Они бывают с истерическим и взрывчатым радикалом. Интеллектуально-мнестические расстройства обычно негрубые, но из-за аффективных нарушений продуктивная деятельность затруднена. Такие больные из-за аффективной насыщенности переживаний не могут принять правильное решение, адекватно оценить ситуацию, а соскальзывают на аффективную логику. Напряжение в интеллектуальной деятельности вызывает недовольство собой и реакции раздражения. Часто наблюдается ослабленное запоминание из-за невозможности сосредоточения, затруднено и воспроизведение нужных в данный момент сведений. У больных обнаруживаются инертность и ригидность мышления, склонность к застреванию на неприятных эмоциональных переживаниях. На высоте аффективной реакции могут возникать истерические припадки.

Эпилептиформные пароксизмальные расстройства (травматическая эпилепсия, травматическая энцефалопатия с эпилептиформными припадками)

Возникновение стойких пароксизмальных расстройств может наблюдаться в различные сроки после перенесенной черепно-мозговой травмы, но чаще через несколько лет.

Характерен полиморфизм пароксизмальных расстройств: встречаются генерализованные, джексоновские и малые припадки. Относительно часто наблюдаются бессудорожные пароксизмы: малые припадки, абсансы, приступы каталепсии, так называемые эпилептические сны, разнообразные психосенсорные расстройства (метаморфопсии и расстройства схемы тела). У некоторых больных наблюдаются четкие вегетативные пароксизмы с выраженной тревогой, страхом, гиперпатией и общей гиперестезией.

Сумеречные помрачения сознания чаще возникают после судорожных припадков и свидетельствуют о неблагоприятном течении заболевания.

Возникающие сумеречные состояния, не связанные с судорожными припадками, часто обусловлены дополнительными экзогенными факторами, прежде всего алкогольной интоксикацией. Сумеречные

состояния, обусловленные психической травматизацией, отличаются менее глубоким помрачением сознания. Длительность сумеречных состояний невелика, но иногда достигает нескольких часов.

Травматическое слабоумие

Наблюдается у 3–5% перенесших ЧМТ, у которых преобладает поражение лобных, лобно-базальных и базально-височных областей мозга (Арбатская Ю.Д., 1971).

У некоторых больных травматическое слабоумие наступает после травматического психоза или является исходом травматической болезни с прогрессирующим течением, обусловленным повторными травмами или развивающимся атеросклерозом.

При травматическом слабоумии преобладают дисмнестические расстройства. Наблюдаются снижение уровня интересов, вялость, аспонтанность, слабодушие. У некоторых больных имеются назойливость, эйфория, расторможенность влечений, переоценка своих возможностей, грубая некритичность.

В 1929 г. Н. Martland описал энцефалопатию боксеров. После неоднократных травм у боксеров наступает состояние, напоминающее легкое опьянение, появляются замедленность и неловкость движений, нарушается равновесие, снижаются интеллектуальные возможности. В ряде случаев в отдаленном периоде развиваются паркинсонизм или эпилептиформные припадки.

16.1.2. Психические нарушения у детей и подростков

Психические нарушения в остром периоде у детей

Психические нарушения в остром периоде травматического поражения у детей характеризуются различными расстройствами: на фоне повышенного внутричерепного давления наблюдаются общемозговые и менингеальные расстройства, выраженные вегетативные и вестибулярные симптомы и признаки локального поражения мозга.

Г. Гёльниц (1970) считает, что черепно-мозговые травмы у детей чаще наблюдаются в трех возрастных периодах: от 1 года до 2 лет, от 6 до 7 лет и в пубертатном возрасте.

ЧМТ составляют 30% всех травм у детей, преобладают закрытые ЧМТ (коммоции и контузии). В остром периоде (до 2 нед.) наблюдаются состояния помрачения сознания от легкого оглушения до комы. По выходе из комы могут наблюдаться рудиментарные сумеречные состояния сознания и делириозные с двигательным возбуждением.

В подостром периоде наблюдаются нестойкие расстройства настроения, страхи и обманы восприятия.

При более тяжелых травмах возможны протрагированные психотические состояния с эйфорией и возбуждением или, наоборот, с периодами вялости, адинамией, транзиторными амнестическими расстройствами.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста после тяжелой ЧМТ возможна потеря прежних навыков, для восстановления которых требуется достаточное время.

Наиболее тяжелые травмы могут вызвать так называемую децеребрационную ригидность — апаллический синдром по Э.Кречмеру, при котором развивается функциональная блокада между корой больших полушарий и мозговым стволом, при этом отсутствуют реакции на окружающее, речевой контакт, понимание происходящего, хотя считается, что сознание частично сохранено. Если больной не погибает, то выходит из этого состояния с выраженным психическим дефектом.

Считается, что наиболее тяжелые симптомы могут появляться у детей через несколько дней после ЧМТ. Частым симптомом являются пароксизмальные расстройства, которые наблюдаются как в остром периоде, так и в периоде реконвалесценции.

Травматические повреждения мозга у детей, как правило, бывают доброкачественными, обратному развитию подвергаются даже тяжелые локальные расстройства.

Г.Гёल्लीц отмечает тенденцию к быстрому обратному развитию психических расстройств у детей дошкольного и школьного возраста после достаточно тяжелых ЧМТ, объясняя это высокими компенсаторными возможностями детского мозга.

Астения в отдаленном периоде бывает слабо выражена, у больных преобладают двигательная расторможенность, эмоциональная лабильность, возбудимость. Иногда после тяжелых ЧМТ, перенесенных в раннем детстве, обнаруживается интеллектуальный дефект, напоминающий олигофрению.

У детей раннего возраста (до 3 лет) полного исключения сознания обычно не наблюдается, общемозговые явления бывают стертыми. Четкими признаками ЧМТ являются рвота, часто многократная, и вегетативные симптомы: повышение температуры тела, гипергидроз, тахикардия, головокружение и др. Характерно нарушение ритма сна и бодрствования: ребенок не спит ночью и сонлив днем.

У детей грудного возраста ЧМТ бывают бессимптомными, и родители их не замечают, однако в последующем обнаруживаются эпилептиформные припадки, психопатоподобные расстройства и интеллектуальная недостаточность.

Е.И.Скугаревской и соавт. уделено большое внимание **родовой травме**. При родовой травме основное значение придается механическим повреждениям тканей головного мозга плода во время родов. Часто отмечается сочетание родовой травмы с асфиксией, сопровождающейся повреждением сосудов, кровоизлияниями и дистрофическими изменениями нейронов. Расширение показаний к кесареву сечению снизило процент родовых травм.

Для оценки выраженности или степени мозговых повреждений при родовой травме используется шкала Апгар. При легкой степени у новорожденного отмечают возбудимость, тремор подбородка, конечно-

стей, непостоянный горизонтальный нистагм, вялость, сонливость — 6—7 баллов по шкале Апгар. Эти расстройства обычно нормализуются на 2—3-й неделе жизни ребенка.

При средней степени (5 баллов по шкале Апгар) наблюдаются выраженная адинамия, нарушения сосания и глотания, вздрагивание, судороги, очаговая симптоматика. Эти признаки сохраняются несколько месяцев.

При тяжелой степени новорожденный находится в сопоре или коме с нарушением дыхания, клоническими и тоническими судорогами; не исключен смертельный исход. При восстановлении сознания после реанимационных мероприятий возможны значительная задержка психомоторного развития и умственная отсталость.

Острые травматические психозы у подростков

Наиболее часто в остром периоде у подростков наблюдается астеническое оглушение, значительно реже встречаются сумеречные состояния сознания, травматический делирий и мориоподобный синдром.

Астеническое оглушение характеризуется выраженной истощаемостью при малейшем психическом напряжении, апатичностью и вялостью. Внимание привлекается с трудом. Память резко ослаблена на новые и старые события, ориентировка в месте и времени неточная.

Во время *сумеречного состояния сознания* больной куда-то стремится (обычно к окнам, дверям), совершает автоматические действия, не узнает окружающих, не отвечает на вопросы, временами отмечается двигательное возбуждение, особенно если его пытаются удержать. Воспоминаний об этом периоде не сохраняется.

Травматический делирий наблюдается редко. В галлюцинациях отражаются прошлые психотравмирующие ситуации.

Мориоподобный синдром протекает с эйфорией, беспечностью, некритичностью, утратой чувства дистанции. Эти расстройства сочетаются с астенией и оглушенностью, на их фоне выступают черты пуэрилизма. Подросток ведет себя, как шаловливый ребенок. Это состояние продолжается недели и месяцы.

Посттравматический корсаковский синдром возникает после тяжелых травм, при нем бывают выражены достаточно продолжительные ретроградная амнезия и комфабуляторная активность, которая иногда достигает уровня бредоподобных фантазий.

При травматических психозах наблюдаются выраженные вегетативные расстройства: игра вазомоторов, лабильность пульса, колебания АД, потливость, мышечный тремор, повышение сухожильных рефлексов, головные боли и головокружения.

Отдаленные последствия ЧМТ у детей

Г.Е.Сухарева выделяла следующие группы психических расстройств в отдаленном периоде ЧМТ: травматическая церебрастения, травматическая энцефалопатия, травматическое слабоумие и травматическая

эпилепсия. При **травматической церебрастении** у детей обнаруживаются неспособность к напряжению и повышенная утомляемость. Несмотря на это, приспособляемость детей хорошая за счет старательности и аккуратности, но задания выполняются в замедленном темпе, однако любая повышенная нагрузка, психическая травма, усложнение жизненной ситуации приводят к декомпенсации состояния: возникают головная боль, головокружение, нарушения сна и настроения. У этих детей на фоне астении появляются ипохондрические жалобы, в основе которых лежат вегетативные нарушения и расстройства чувствительности. У некоторых больных, особенно девочек, отмечается склонность к истерическим реакциям.

Г.Е.Сухарева **травматическую энцефалопатию** делит на две группы. В одну группу она относит два противоположных по проявлениям симптомокомплекса: в первом преобладают апатия, вялость, медлительность, снижение активности, двигательная заторможенность (апатодинамический синдром); во втором — гипердинамические расстройства с явлениями двигательной расторможенности, суетливости, повышенного настроения с оттенком эйфории. Такие дети бегают, шумят, вертятся, склонны к шуткам, дурашливости (мориоподобное поведение). Эти синдромы более или менее стойки и сопровождаются снижением интеллектуальной деятельности и работоспособности, особенно не способны эти дети к усвоению нового материала. В дальнейшем наблюдается формирование психопатоподобных расстройств. Во второй группе больных с самого начала на первый план выступают повышение влечений (грубость, жестокость, склонность к бродяжничеству), угрюмое, недовольное настроение. Интеллектуальная деятельность нарушена, пропадает интерес к школьным занятиям, характерны взрывчатость и конфликтность.

Прогноз при травматической энцефалопатии хуже, чем при церебрастении, однако учитывая положительное влияние возрастного фактора, пластичность высших отделов нервной системы, широкие компенсаторные возможности, активность лечения и реабилитационных мероприятий, возможно значительное улучшение состояния, дальнейшее обучение и приобретение специальности. Г.Е.Сухарева в группу травматической энцефалопатии относит и больных с **травматическим слабоумием**. Снижение интеллектуальной деятельности у этих больных вызвано не только недостаточностью осмысления и сообразительности, но прежде всего нарушением активности, инициативы, расстройством внимания и памяти. В ряде случаев имеют место амнестическая афазия и расстройства речи. При тяжелых травматических повреждениях наблюдается психическое недоразвитие по типу олигофрении со слабостью суждений, умозаключений и критики. Эти расстройства наблюдаются при травматических повреждениях в раннем детском возрасте.

Травматическая эпилепсия, по мнению Г.Е.Сухаревой, наблюдается в 25% случаев травматических повреждений. Припадки появляются чаще в первом полугодии после травмы, но могут возникнуть через

2--3 года и даже позднее. Характерной особенностью травматической эпилепсии является частота припадков с подкорковым компонентом, богатством выразительных движений и вегетативных расстройств. Наряду с эпилептическими припадками наблюдаются и истерические. Частые припадки и длительность заболевания приводят к интеллектуальным расстройствам, снижению памяти, затруднению усвоения новых навыков, снижению инициативы, медлительности и повышенной утомляемости. Отмечаются колебания настроения в сторону подавленности, угрюмости, тоскливости и злобности.

Отдаленные последствия ЧМТ у подростков

Травматическая церебрастения у подростков имеет много общего с расстройствами у взрослых, но обладает и своими отличительными особенностями. Сходство проявляется в быстрой утомляемости при психическом напряжении, непереносимости транспорта, шума, мельканий, в раздражительности, головных болях, бессоннице, рассеянности, реакции на изменение погоды.

А.Е.Личко считал, что обострение церебрастенических расстройств связано с выявлением и заострением акцентуаций характера. Так, у гипертимных подростков выявляются несдержанность, раздражительность, непослушание, слезливость после аффективных вспышек; у циклоидных — усиливаются колебания настроения, появляются капризность, склонность к ипохондрическим жалобам; у синситивных подростков — склонность к усилению неверия в свои силы; у эпилептоидов усиливается взрывчатость, спады настроения могут достигать выраженности дисфории.

Травматическая энцефалопатия обычно возникает после тяжелых и повторных ЧМТ или если травма возникла на резидуально-органической основе. Травматическая энцефалопатия у подростков проявляется вегетативными расстройствами и психопатоподобными нарушениями поведения. Г.Е.Сухарева выделяет два варианта травматической энцефалопатии: *апатодинамический* и *гипердинамический*, которые характерны также и для детского возраста. В среднем и старшем подростковом возрасте ведущими являются нарушения поведения, которые, по мнению А.Е.Личко, в значительной мере зависят от акцентуаций характера. Так, подростки с неустойчивым типом характера производят впечатление вялых увальней. Всякая работа дается ему с большим трудом, поэтому они ее избегают, любое напряжение приводит к нарушению внимания и головной боли. От учебы они уклоняются, ищут развлечений, не требующих напряжения. Легко оказываются в асоциальных компаниях, выпивают, хотя алкоголь переносят плохо. Они беспечные, легкомысленные, бездеятельные. Эти особенности поведения появляются после ЧМТ. Другая клиническая картина наблюдается у подростков с эпилептоидным типом акцентуации. Она характеризуется аффективной взрывчатостью, гневливостью, агрессивностью с быстрым истощением аффекта. Иногда наблюдаются достаточно четкие колебания аффекта от эйфории до мрачной тоскливости.

Легко возникают рентные установки. Временами подростки становятся суетливыми, болтливыми, утрачивают интерес к занятиям. Эти особенности в отличие от психопатий появляются после ЧМТ.

Истероидный тип отличается грубой истерической симптоматикой. По малейшему поводу больные дают бурные истерические реакции с рыданиями, угрозами суицидальных попыток и нанесением себе не-серьезных повреждений. На этом фоне могут возникать истерические припадки. Такие подростки склонны к ипохондрическим жалобам. Как указывает А.Е.Личко, эти подростки в семье создают «культ болезни» со вседозволенностью, потаканием капризам, что еще больше декомпенсирует подростка.

Травматическая эпилепсия в подростковом возрасте проявляется как эпилептическими, так и истерическими припадками и быстрым присоединением психопатоподобных форм поведения по эпилептоидному и истероидному типу.

По мнению А.Е.Личко, *травматическое слабоумие* у подростков встречается редко, только после тяжелых ЧМТ с длительным коматозным состоянием, и сопровождается психопатоподобным поведением по эпилептоидному типу с расторможенностью влечений.

16.1.3. Этиология и патогенез

В остром периоде ЧМТ все расстройства обусловлены механическим повреждением и отеком мозговой ткани, развивающимися гемодинамическими нарушениями и гипоксией мозга.

Считают, что диффузный невоспалительный отек развивается в первые дни, достигая наибольшей выраженности к середине 1-й недели.

Существует параллелизм между динамикой отека мозга и окончанием травматического психоза (К.Фауст). Определенное значение придается блокаде проведения импульсов в синапсах, сдвигам в медиаторном обмене и нарушению функции ретикулярной формации ствола мозга и гипоталамуса.

При легких травмах наблюдается незначительное нарушение структуры нервных клеток, которое может не привести к их гибели, и их функции через некоторое время восстанавливаются. При тяжелых травмах нервные клетки необратимо повреждаются и гибнут, место их замещается либо соединительной тканью (глиозный рубец), либо жидкостью (киста). В ряде случаев наблюдается нарушение синаптических связей между нервными клетками — травматическая асинапсия.

Патогенез психических нарушений отдаленного периода ЧМТ различен, характер и выраженность расстройств обусловлены тяжестью травмы, возрастом больного, дополнительными вредностями. Большое значение имеют повторные травмы, присоединившийся алкоголизм и патологический сосудистый процесс.

Возникновение состояний помраченного сознания и пароксизмальных расстройств связано чаще всего с ликвородинамическими нарушениями и локализацией травматического поражения.

16.1.4. Диагностика и лечение

Диагностика

В остром периоде ЧМТ психические нарушения носят типичный экзогенный характер. Диагностические затруднения возникают при периодических травматических психозах. При аффективных приступах диагностическое значение имеет дисфорический характер аффективных расстройств; при аффективно-бредовых приступах, в отличие от шизофрении, бред характеризуется простотой и конкретностью, более или менее постоянны жалобы церебрастенического характера и регрессиентное течение заболевания.

Для подтверждения травматического поражения проводят рентгенографию черепа: обнаруживаются травматические изменения в костях черепа. С помощью КТ мозга выявляют диффузные изменения, кисты, гидроцефалию, скопление крови и ликвора в субдуральном и эпидуральном пространствах.

Прогноз

Прогноз при ЧМТ неоднозначен. Д.Е.Мелехов сформулировал признаки, свидетельствующие о благоприятном прогнозе:

- полное стихание основного активного травматического процесса и его осложнений и отсутствие выраженных общемозговых нарушений;
- локальность поражения и парциальность дефекта психики (изолированные явления выпадения, единственный синдром или не резко выраженные изменения психики);
- сравнительная сохранность интеллекта и социально-трудовых установок личности;
- молодой возраст больного;
- отсутствие тяжелых сопутствующих нервных и соматических заболеваний и выраженных черт психопатии у больного до травмы;
- своевременное привлечение к труду в соответствии с интересами больного и в доступной профессии.

Показатели прогрессиентного течения травматического процесса:

- продолжающееся снижение интеллекта с наступлением у некоторых больных органического слабоумия;
- выраженные стойкие или нарастающие изменения личности по органическому типу;
- длительные или впервые возникающие через многие месяцы и годы психозы с галлюцинаторно-параноидными, ипохондрическими и депрессивными синдромами;
- учащающиеся или впервые возникшие через несколько лет эпилептиформные припадки;
- усиливающаяся астенизация больного со снижением работоспособности.

Однако длительная терапия и правильное трудоустройство и при прогрессирующем течении приводят к стабилизации и обратному развитию отдельных болезненных симптомов. Прогноз ухудшается в связи с присоединившимся алкоголизмом.

У большинства детей с легкой и средней степенью поражения мозга наблюдается полное или частичное восстановление функции. Однако такие дети, имеющие минимальную мозговую дисфункцию, легко декомпенсируются при воздействии неблагоприятных факторов. Именно у детей и подростков с резидуально-органической основой легко возникают синдромы церебрастении, двигательной расторможенности, психического инфантилизма, фобические, диссоциативные и поведенческие расстройства.

Лечение и реабилитация

В остром периоде ЧМТ терапевтические мероприятия обусловлены тяжестью состояния. Люди, перенесшие даже легкую травму, должны быть госпитализированы и соблюдать постельный режим в течение 7–10 дней, дети и пожилые лица нуждаются в более длительном постельном режиме.

При симптомах, свидетельствующих о повышении внутричерепного давления, рекомендуется дегидратация (10 мл 25% раствора сульфата магния в/м, 1% раствор лазикса в/м, спинномозговая пункция), при симптомах отека мозга назначают мочевину, маннитол. Для купирования вегетативных расстройств применяют транквилизаторы, для уменьшения гипоксии мозга рекомендуется оксигенотерапия. При продуктивной психопатологической симптоматике и возбуждении назначают нейролептики и большие дозы седуксена (до 30 мг в/м).

В периоде выздоровления рекомендуется общеукрепляющая терапия: ноотропы, витамины, при возбуждении — нейролептики.

В отдаленном периоде необходим комплекс терапевтических и реабилитационных мероприятий, который включает психотерапию, адекватное трудоустройство и реабилитацию больного в социальном плане. Лекарственная терапия назначается в зависимости от симптоматики.

У детей требуется соблюдение щадящего режима учебы и отдыха, проведение профилактических курсов общеукрепляющей терапии. Хорошие пластические возможности растущего мозга, правильное и систематическое лечение часто обеспечивают полную компенсацию последствий ЧМТ у детей и подростков.

16.2. Психические нарушения при опухолях головного мозга

Психические нарушения встречаются при всех опухолях мозга, но не всегда они оцениваются как проявления опухолевого процесса.

Нарушения функций головного мозга при опухолях проявляются:

- повышением внутричерепного давления;

- сдавлением или смещением отдельных участков мозга;
- разрушением ткани мозга в месте развития опухоли;
- расстройствами крово- и ликворообращения;
- активным отеком и набуханием ткани головного мозга.

Каждый из указанных факторов может быть источником то распространенных, охватывающих всю сложную мозаику мозга, то более ограниченных нарушений нейродинамики.

Клинические проявления

Психические расстройства при опухолях мозга относятся к экзогенно-органическим нарушениям.

Ранним симптомом является *головная боль*, обусловленная повышением внутричерепного давления, которая носит разлитой, распирающий характер; выраженность головной боли зависит от размеров опухоли и ликвородинамических нарушений. Головная боль обычно наблюдается в ночное и утреннее время, связана с венозным застоем и повышением внутричерепного давления. С этим же связаны наступающая внезапно рвота и брадикардия.

Наиболее частым психическим нарушением являются колебания состояния *оглушения*, от легкой обнубиляции до выраженного оглушения, сопора и комы. При оглушении наблюдается снижение активного внимания: больные вялы, апатичны, безучастны. Психические процессы обеднены, затруднены, замедлены.

При опухолях могут наблюдаться особые состояния, возникающие пароксизмально: *искажение пространственного восприятия, расстройства схемы тела, вестибулярные и деперсонализационные расстройства*.

При опухолях возможны приступообразные *галлюцинаторные расстройства*, которые имеют значение для топической диагностики опухолей. Неприятные вкусовые, обонятельные (гарь, гниль, дым и др.) и устрашающие зрительные, пароксизмально возникающие самостоятельно или как аура перед припадком галлюцинации являются признаком височных опухолей. При опухолях затылочной области наблюдаются элементарные зрительные галлюцинации, сочетающиеся с нарушением цветоощущения и различного вида гемианопсиями. Расстройства сенсорного синтеза и схемы тела чаще встречаются при опухолях теменной области.

Эпилептические припадки относятся к частым симптомам опухолей головного мозга. Ограниченные (джексоновские) припадки чаще наблюдаются при локализации опухолей в области центральных извилин.

При нарастании оглушенности больной, предоставленный самому себе, большую часть времени проводит в полудремотном состоянии. С нарастанием оглушенности развиваются нарушения памяти и ориентировки. Больные не помнят или с трудом вспоминают, какую пищу они ели накануне, не могут вспомнить события последнего времени. Они плохо ориентируются в месте и времени, уверяют, что в больнице они находятся 2—3 дня или что они дома, а не в больнице и т.п.

Страдает *аффективная сфера*: больные раздражительны, легко возбудимы, легкомысленны, дурашливы или агрессивны, но чаще вялы, апатичны, безразличны, постепенно утрачивают интерес к событиям и окружающему, делаются безучастными к делам, дому, семье. Ответы становятся односложными, суждения и поступки немотивированными. Появляется недооценка серьезности своего положения. Так, один больной с глиомой лобно-височной области, с резким ослаблением зрения, упорными рвотой, головными болями и гемипарезом настойчиво требовал выписки, уверяя, что он совершенно здоров и может работать. Галлюцинации могут возникать как изолировано, так и в различных комбинациях; наиболее сложные галлюцинации наблюдаются при опухолях височной доли. У таких больных одновременно возникают обонятельные, слуховые и зрительные галлюцинации. Поведение больного изменяется в зависимости от имеющихся психических нарушений. Начальные расстройства могут напоминать другие психические заболевания: корсаковский и псевдопаралитический синдромы, маниакально-депрессивный психоз и др.

Роль психических нарушений в диагностике опухолей мозга

Нарушения психики при опухолях редко приобретают характер какой-либо определенной нозологической формы, поэтому все случаи неопределенного нетипичного расстройства должны подвергаться тщательному анализу на основании имеющихся неврологических симптомов и результатов исследования глазного дна.

По поводу топики-диагностического значения психических нарушений нет единого мнения. Нарушения психики, в основе которых лежит водянка мозга, вызванная опухолью мозга, не имеют топики-диагностического значения.

При менингиомах базальной коры лобных долей наблюдается псевдопаралитический синдром с постепенным нарастанием амнестических расстройств. Аналогичные расстройства могут носить вторичный характер при опухолях гипофиза. В этих случаях появляются инфундибулотуберальные симптомы с расстройствами функций сна и бодрствования, явлениями булимии, сексуальными нарушениями и изменениями терморегуляции.

В дальнейшем при росте опухоли наблюдаются дурашливость, эйфория и слабоумие с нелепыми поступками.

Наблюдается широкий диапазон изменений психики при поражениях коры лобных долей — от легкого нарушения активности и спонтанности до глубоких изменений, которые известны при исходных состояниях прогрессивного паралича и шизофрении.

При поражении коры лобных долей, главным образом выпуклой поверхности, ближе к полюсу лобной доли, наблюдаются аффективно-волевые нарушения по типу апатико-акинетико-абулического синдрома. Больные становятся медлительными, тупыми, аспонтанными, бедными в движениях.

При поражении левого полушария все нарушения более массивны, главным образом за счет нарушения речи и мышления, понятие об окружающей жизни сужено и уплощено.

При поражении коры лобных долей премоторной зоны наблюдаются сложные моторные и психомоторные автоматизмы, эпилептиформные припадки и сумеречные состояния сознания.

При локализации опухолей в височных долях часто наблюдаются различные галлюцинации с преобладанием обонятельных, эпилептиформные припадки, нарушения памяти и раздражительность.

Психические нарушения при опухолях мозга у детей

Симптомы опухолей мозга в детском возрасте менее выражены: наряду с внезапной утренней рвотой часто возникают приступы головных болей и судорог. У одних детей возникает недетское поведение, у других — апатия с дурашливостью. Может иметь место речевая и поведенческая регрессия (Г.Гёлльниц).

При медленно нарастающих расстройствах обнаруживаются нарушения поведения: раздражительность, конфликты в школе, школьная дезадаптация с постепенным нарастанием утраты интересов к играм, апатии и органического слабоумия.

Этиология, патогенез и патологическая анатомия

Причиной психических нарушений при опухолях мозга является сам опухолевой процесс, повреждающий мозг. В формировании психических нарушений, с одной стороны, играют роль факторы, обусловленные самой опухолью, ее локализацией, гистобиологической природой (особенности темпа роста, отек и набухание мозга, нарушения ликвородинамики, повышение внутричерепного давления и т.д.), с другой стороны, такие факторы, как состояние организма больного, его возраст, перенесенные ранее травмы и инфекции, эндокринные сдвиги, конституциональные особенности личности, соматические заболевания и др.

Опухоли по локализации разделяют на *супратенториальные* (больших полушарий) и *субтенториальные* (задней черепной ямки), а также на *внемозговые* (экстрацеребральные) и *внутримозговые* (интрацеребральные), выделяют еще *внутрижелудочковые* опухоли.

Среди опухолей больших полушарий около 75% — внутримозговые и 25% — внемозговые (оболочечно-сосудистые).

Распространенность

В литературе приводятся различные данные о частоте психических нарушений при опухолях головного мозга. И.Я.Раздольский (1941) обнаруживал их в 75–78% случаев, Н. Walter-Buell (1951) — в 70%. Считается, что частота психических нарушений зависит от расположения опухоли: 100% — при опухолях мозолистого тела, 79% — при лобных опухолях, 52,1–66,6% — при опухолях гипофиза, височных, теменных и заты-

лочных долей, 35,5% — при опухолях мозжечка и 25% — при опухолях мозгового ствола.

Такие различия обусловлены как особенностями опухолевого процесса, так и тщательностью психопатологического, неврологического и нейропсихологического исследований.

Опухоли мозга на вскрытиях в психиатрических больницах обнаруживаются в 3–4% случаев, причем у многих умерших они при жизни не были диагностированы.

Частота психических нарушений при опухолях головного мозга увеличивается с возрастом: если в возрасте до 20 лет психические нарушения наблюдаются в 45% случаев, то старше 60 лет — в 88% случаев. В позднем возрасте при опухолях головного мозга преобладают острые (транзиторные и пароксизмальные) психотические состояния.

Процент выявленных больных с опухолями головного мозга от общего числа обследованных составляет не более 0,25 (примерно 1/3 больных с доброкачественными опухолями), и при своевременном распознавании и оперативном вмешательстве можно надеяться на благоприятный исход.

Прогноз

Прогноз психических нарушений при опухолях, как и общий прогноз, зависит от гистобиологии опухоли, этапа развития заболевания, локализации опухоли, правильной топической диагностики и возможности хирургического вмешательства, возраста и соматического состояния больного.

Хирургическое лечение в фазе субкомпенсации приводит к летальности в 5,5% случаев, в фазе умеренной декомпенсации — в 20,9%, в фазе глубокой декомпенсации — в 38%.

Динамика психических нарушений после оперативного вмешательства различна: в одних случаях после радикальных операций с удалением участков мозга наблюдается адекватное поведение с возвращением к профессиональной деятельности, в других — формирование более или менее выраженного психоорганического синдрома.

Лечение и экспертиза

Основным лечением является хирургическое вмешательство с целью удаления опухоли. Результатом такого вмешательства может быть полное или частичное удаление опухоли или операция типа декомпрессии. Оперативное лечение обычно сочетается с лучевой терапией, гормональным и иммунологическим лечением, химиотерапией, избирательным введением радиоактивных изотопов в опухоль. В зависимости от психопатологической симптоматики назначают антидепрессанты и нейролептики. В послеоперационном периоде при наличии психоорганического синдрома целесообразно применение ноотропов.

Экспертные вопросы решаются в зависимости от локализации опухоли и выраженности психических нарушений.

16.3. Психические расстройства при инфекционно-органических заболеваниях (менингоэнцефалиты)

Нейроинфекции, вызывающие психические нарушения, различны: к ним относят инфекции, поражающие мозговые оболочки и само вещество мозга (менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты). Выделяют первичные нарушения, обусловленные мозговым инфекционным процессом, и вторичные как осложнение при внемозговых инфекциях (корь, скарлатина, ветряная оспа и др.).

В зависимости от патологического процесса выделяют серозные и гнойные менингоэнцефалиты, менингиты и энцефалиты.

Первичные энцефалиты (клещевой, комариный, летаргический)

В зависимости от распространения патологического процесса выделяют энцефалиты с поражением белого вещества мозга — лейкоэнцефалиты, серого вещества — полиэнцефалиты и поражения серого и белого вещества мозга — панэнцефалиты.

В остром периоде наблюдаются психозы с помрачением сознания по типу «экзогенных типов реакций» и переходных синдромов: галлюцинаторно-бредовых, аффективных, кататонических — и в отдаленном периоде стойких корсаковских синдромов и психоорганических расстройств.

Острая стадия часто характеризуется появлением нерегулярной лихорадки с нарушениями сна с преобладанием сонливости, которая появляется с самого начала или сопровождается гиперкинетическими расстройствами и делириозными эпизодами. У некоторых больных преобладает стойкая бессонница.

Острый период болезни продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев и проявляется делириозными, делириозно-аментивными или маниакальными расстройствами.

При делириозных расстройствах наблюдаются устрашающие галлюцинации, перемежающиеся с элементарными и грезоподобными, могут присутствовать и слуховые, например жужжание, звон, тактильные ощущения неприятного характера.

В этом периоде наблюдаются неврологические расстройства: парезы глазодвигательных нервов, диплопия, птоз. Часто наблюдаются повышение температуры тела, гиперкинезы и другие вегетативные расстройства.

Аментивно-делириозная форма обычно начинается с делирия, который сменяется аменцией, продолжающейся несколько недель, затем на первый план выступают астенические расстройства.

Во время эпидемии около 1/4 больных погибают в остром периоде болезни. Выздоровление редкое, чаще через несколько месяцев выявляются отдаленные проявления хронической болезни, наиболее частым является паркинсонизм. При этом все движения становятся замедленными, особенно отчетливо это проявляется при произвольных

действиях, характерно постоянное дрожание, особенно рук. Типична поза больного с приведенными к туловищу руками, ногами, согнутыми в коленных суставах. При попытке двигаться больной обычно падает вперед, назад или вбок.

Клещевой (весенне-летний) энцефалит вызывается нейротропным фильтрующимся вирусом, который переносится иксодовыми клещами и комарами.

Выделяют острую и хроническую стадии. В острой стадии преобладают синдромы помрачения сознания; в хронической стадии — кожевничевская эпилепсия, различные пароксизмальные расстройства, сумеречные состояния, психосенсорные расстройства.

Вторичные энцефалиты

Коревой энцефалит развивается сравнительно редко. На высоте температуры появляются двигательное возбуждение, зрительные иллюзии и галлюцинации, иногда наблюдается коматозное состояние. При выздоровлении в этих случаях длительный период сохраняется церебрастенический синдром.

При **гриппозном энцефалите** наблюдаются глубокие нарушения сознания, достигающие сопора и комы, по выходе из которых бывают психомоторное возбуждение, иллюзорное восприятие окружающего.

Герпетические энцефалиты вызываются вирусом простого герпеса (herpes simplex) I и II типов. Вирус I типа имеет выраженный тропизм к тканям мозга и вызывает энцефалит (Е.И.Скугаревская). На фоне общемозговых явлений наблюдаются судорожные припадки, оглушение, переходящее в сопор и кому. На фоне оглушения наблюдаются эпизоды делириозных расстройств.

У детей младшего возраста могут наблюдаться «фебрильные припадки». Смертность при герпетических энцефалитах достигает 50—100%.

Бешенство

Выделяют три стадии психических нарушений при бешенстве: продромальную, расцвета болезни и паралитическую.

В продромальной стадии больной испытывает недомогание, гиперчувствительность к разным раздражителям, особенно аэрофобию. В стадии расцвета болезни наблюдаются подъем температуры, головная боль, двигательное возбуждение, страх смерти, водобоязнь, возможны судороги, делириозные эпизоды, тремор, саливация. В паралитической стадии — парезы, параличи, нарушения речи, сопор, переходящий в кому; смерть наступает от паралича сердца и дыхания. У детей течение катастрофическое.

С., 14 лет. За несколько месяцев до поступления в клинику был укушен неизвестной собакой. Прививки не получал. Через 3 мес. появились сильная головная боль, головокружение. Не спал всю ночь. На следующий день — температура 40°C, зрачки расширены, с трудом пил из лож-

ки, задыхался. На следующий день был вялым, жаловался на сильные головные боли, слабость, тошноту. Выражены явления гидро- и аэрофобии. Временами испытывал зрительные и слуховые галлюцинации. Состояние продолжало ухудшаться. Появилась смазанность речи. Умер при явлениях падения сердечной деятельности.

Серозные менингиты

Психические нарушения наиболее часто наблюдаются при туберкулезном менингите: оглушение чередуется с делириозно-онейроидными эпизодами, возможны фантастические переживания, деперсонализационно-дереализационные расстройства и ложные узнавания.

После лечения сохраняются энцефалопатические проявления, интеллектуальный дефект наблюдается редко, но имеют место грубые расстройства в эмоционально-волевой сфере.

При эпидемическом паротите серозный менингит проявляется выраженной сонливостью, психосенсорными расстройствами, заметных помрачений сознания обычно не наблюдается.

Психические нарушения у детей и подростков

При серозном менингите (включая туберкулезный) у детей в продромальном периоде наблюдаются подавленность, безучастность к окружающему, нарушения сна; у детей школьного возраста — забывчивость, рассеянность, затруднения усвоения школьного материала. Появление менингеальных симптомов сопровождается помрачением сознания, наиболее часто наблюдается состояние оглушения.

У детей школьного возраста наблюдаются кратковременные делириозные эпизоды: яркие галлюцинации, возбуждение, страхи и расстройства сенсорного синтеза (микро- и макропсии, метаморфопсии, нарушения схемы тела). Настроение у них чаще тоскливо-тревожное, но иногда отмечается эйфорический фон настроения.

К., 7 лет. Перенесла «необычный грипп» с температурой выше 39°C. Через 2 нед. после перенесенной инфекции стала вялой, раздражительной. Рассказала о расстройствах восприятия окружающего: «Все предметы вижу по-двое. У кота две головы и четыре ноги спереди. Пол в комнате проваливается или торчит бугорками. Стены сдвигаются, остается маленькая щелка, боюсь, как же я в нее протиснусь. Рука становится то тяжелой, то легкой, как пушинка». Жалуется на приступообразные головные боли.

При энцефалитах (эпидемическом, клещевом) острый период характеризуется расстройством сознания.

Дети дошкольного возраста чувствительны к инфекционным токсическим влияниям, у них легко возникают судорожные состояния и гиперкинезы.

У детей преддошкольного возраста в связи с тяжелыми инфекциями возможна задержка физического и психического развития.

При хроническом течении у младших школьников могут наблюдаться дистимические, церебрастенические, галлюцинаторно-бредовые расстройства, нарушения сенсорного синтеза.

В отдаленном периоде клещевого энцефалита может развиваться кожевниковская эпилепсия.

У подростков в хронической стадии эпидемического энцефалита наблюдаются явления паркинсонизма, аспонтанность, брадифрения, иногда психопатоподобные расстройства с жестокостью и расторможенностью примитивных влечений.

При подострых прогрессирующих панэнцефалитах или лейкоэнцефалитах (диффузный периаксиарный энцефалит Шильдера) заболевание начинается с церебрастенических расстройств, затем достаточно быстро развиваются нарушения личности: утрата интересов, равнодушие, снижение критики, утрата дистанции при общении со взрослыми, неадекватные поступки. Иногда отмечаются психотические расстройства со зрительными, слуховыми и обонятельными галлюцинациями, страхами, тревожным возбуждением или дурашливостью, вскоре начинаются нарушения навыков опрятности, на которые больные не реагируют. В дальнейшем развивается органическая деменция с эйфорическим фоном настроения.

Этиология и патогенез

Мозговые инфекции наиболее часто являются причиной психотических состояний, особенно у детей и подростков.

Определенная роль в их происхождении принадлежит внутренним факторам (особенности «почвы», по С.Г.Жислину). По мнению современных авторов, предрасполагающим фактором при возникновении экзогенно-органических психозов принадлежит «симптоматически-лабильной конституции» и минимальной мозговой дисфункции, являющейся остаточным явлением при внутриутробных, перинатальных и ранних постнатальных органических поражениях головного мозга.

К.Бонгеффер высказывал предположение о значении промежуточного звена при воздействии экзогенных факторов в виде гипотетических промежуточных продуктов, которыми и пытался объяснить возникновение психозов.

М.Спечт считал, что характер психоза зависит от силы и темпа действия патологического фактора: интенсивный и активноразвивающийся фактор вызывает острый психоз, как это наблюдается при быстром развитии инфекционного процесса с высокой температурой и явлениями интоксикации.

Диагностика

При острых мозговых инфекциях оценка психопатологической симптоматики не вызывает затруднений: состояния оглушения могут сменяться делириозными эпизодами, при нарастании интоксикации возможны более глубокие расстройства сознания в виде сопора и комы.

При хронических мозговых инфекциях может наблюдаться аментивное помрачение сознания, которое в ночное время может сменяться делириозными расстройствами, что является диагностическим признаком в пользу инфекционного заболевания.

В период реконвалесценции обычно наблюдаются выраженные астенические состояния с истощаемостью или аффективные расстройства.

Прогноз и лечение

Затяжные инфекционные мозговые психозы могут привести к изменениям личности по органическому типу.

При энцефалитах прогноз чаще неблагоприятный, наблюдается снижение трудоспособности и психопатоподобные формы поведения с расторможенностью влечений и интеллектуально-мнестическими расстройствами.

Лечение больных с острыми и затяжными психозами должно проводиться в психиатрических стационарах. Наряду с лечением основного заболевания проводится дезинтоксикационная и дегидратационная терапия.

При острых и затяжных психозах назначают психотропные препараты в соответствии с психопатологической симптоматикой. При наличии бредовых расстройств используют нейролептики (предпочтительно атипичные, например рисперидон, кветиапин). При депрессивных состояниях — антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. При астенических расстройствах с истощаемостью показаны ноотропные препараты.

16.4. Психические расстройства при сифилисе

Среди сифилитических поражений головного мозга выделяют две основные группы расстройств: *сифилис мозга* и *прогрессивный паралич*. Принято считать, что сифилис мозга возникает в более ранних периодах после заражения, а прогрессивный паралич — в более поздних и в связи с этим обнаруживаются различные морфологические изменения в тканях мозга. При сифилисе мозга поражаются сосуды и оболочки мозга (ткани мезодермального происхождения), при прогрессивном параличе наблюдаются дистрофические изменения в самой ткани мозга.

Возникновение этих заболеваний после первичного заражения наблюдается в различные сроки: сифилис мозга — через 4–6 лет, но могут быть более короткие и более длительные периоды инкубации.

При прогрессивном параличе этот период более продолжительный. Следует отметить, что в последние годы в связи с нарушением четкости диспансерного наблюдения и появившейся возможностью обращения к большому количеству частных врачей, проводящих не всегда полноценное лечение первичного сифилиса, риск психических нарушений сифилитической природы может возрасть.

Сифилис мозга (Lues cerebri)

При сифилисе мозга страдают оболочки мозга и сосуды. При сифилитическом поражении оболочек мозга наблюдаются проявления их раздражения (менингизм), у больных отмечаются головная боль, раздражительность, аффективные реакции, колебания настроения. Часто наблюдается неврологическая симптоматика, главным образом со стороны черепных нервов, возможны снижение слуха, поражение лицевого и тройничного нервов, анизокория, деформация зрачков, изменение реакции на свет и аккомодацию, редко наблюдаются афазии, геми- и моноплегии. Реакция Вассермана, РИБТ и РИФ в крови и ликворе резко положительные (хотя реакция Вассермана в крови может быть отрицательной). Реакция Ланге (с коллоидным золотом), дающая типичную картину «сифилитического зубца», практически не проводится в лабораториях психиатрических и венерологических учреждений.

Анопликтiformная форма сифилиса мозга — наиболее частое проявление поражения сосудов; носит характер инсультов, которые вначале имеют нестойкий характер с достаточно быстрым восстановлением функций. В дальнейшем наблюдаются более обширные нарушения и восстановление не наступает, выявляются стойкие неврологические нарушения, такие как апраксия, агнозия, псевдобульбарные расстройства.

Психические нарушения более выражены: больные раздражительны, гневливы, слабодушны, отмечаются достаточно четкие колебания настроения, снижение памяти и интеллекта.

Клиническая картина **гуммозного сифилиса** мозга встречается редко и клинически напоминает картину при опухолях мозга. Положительные реакция Вассермана и РИФ в крови и ликворе являются четкими диагностическими признаками.

Может наблюдаться **галлюцинаторно-бредовая форма** сифилиса мозга, как при всех экзогенно-органических расстройствах. Преобладают истинные галлюцинации, бредовые идеи часто ипохондрические или преследования, простые и конкретные. Эти расстройства сопровождаются колебаниями настроения, подавленностью, раздражительностью, гневливостью. Неврологическая симптоматика не носит грубый выраженный характер: анизокория, асимметрия лица и др. Реакция Вассермана и РИФ в крови и ликворе положительные.

Психические расстройства при врожденном сифилисе

В основе всех психических нарушений при церебральном сифилисе лежит одна причина — заражение бледной спирохетой. В детской практике, когда речь идет о врожденном сифилисе, патологические изменения наблюдаются в виде задержки развития и уродства отдельных частей ЦНС. Имеют значение возрастные особенности детского мозга.

М.С.Маргулис считал, что при врожденном сифилисе у детей патологический процесс протекает по типу общей инфекции, внутренние органы и ЦНС наводнены спирохетами.

Особенностью клинической картины врожденного сифилиса является локализация и распространенность поражения. Большую роль играют и циркуляторные расстройства (гемо- и гидродинамического порядка), и токсическое действие, связанное с распадом спирохет и изменениями обмена в организме. Многообразие клинических проявлений зависит от стадии процесса, интенсивности и длительности течения заболевания.

Выделяют ранние и поздние формы врожденного сифилиса.

В клинических проявлениях врожденного сифилиса выделяют две группы. Первая включает грубые симптомы церебральных и спинальных нарушений и проявлений психической недостаточности разной степени. Вторая группа характеризуется преобладанием интеллектуально-эмоциональных расстройств.

Прогрессивный паралич (*paralasis progressiva alienorum* – прогрессивный паралич помешанных, болезнь Бейля)

Как самостоятельное заболевание описан французским психиатром А.Бейлем в 1822 г. Сифилитическая природа была доказана после обнаружения японским ученым Ногучи (Ногуши) в 1911 г. в мозгу больных прогрессивным параличом бледной спирохеты. Прогрессивный паралич в настоящее время встречается редко в связи с активной терапией антибиотиками острых форм заболевания.

Из литературы прошлых лет известно, что заболевают чаще мужчины в возрасте 35–50 лет. В клинической картине прогрессивного паралича выделяют три стадии: начальную, или астеническую, расцвета болезни и терминальную типа маразма.

Первая стадия (астеническая, или псевдоневрастеническая): нарастает постепенно, появляются слабость, головные боли, утомляемость, снижается работоспособность. На этом фоне больной начинает совершать поступки, которые ему раньше были не свойственны, проявляет грубость и нетактичность. Так, интеллигентный человек отправился в гости с женой, подошел трамвай, он сел и уехал, оставив жену в недоумении.

На следующей стадии появляются еще более выраженные неадекватные поступки, человек берет без спроса чужие вещи, выходит к гостям в нижнем белье, затем начинает высказывать нелепые идеи величия и богатства.

Выделяют несколько форм в клинической картине **второй стадии** болезни: наиболее часто встречавшаяся ранее *экспансивная форма* с благодушным настроением и идеями величия и богатства; *дементная* – с преобладанием нарастающего слабоумия; *циркулярная* – характеризующаяся колебаниями настроения; *ажитированная и галопирующая* – с быстрым развитием болезни.

Типичными неврологическими расстройствами при прогрессивном параличе являются нарушения речи, письма и походки. Речевые нарушения (дизартрия) характеризуются смазанностью речи; говорят, что у

больного «каша во рту», ему не удаются скороговорки, в последующем он пропускает слова, слоги, повторяет несколько раз слоги (логоклония). Письмо становится неровным, больной пропускает буквы и слоги, повторяет слоги, написанное становится все более неразборчивым. Походка делается неуверенной, пошатывающейся. Одним из ранних признаков является синдром Аргайла Робертсона – отсутствие реакции на свет при сохранении реакции на аккомодацию. Возможны и другие зрачковые расстройства: миоз, анизокория и другие неврологические знаки (отклонение языка в сторону, птоз и т.п.).

В соматическом статусе достаточно отчетливо отмечаются понижение чувствительности, повышенная ломкость костей, выпадение волос, потеря массы тела, несмотря на хороший аппетит.

Серологические изменения: при исследовании крови и ликвора обнаруживаются положительные реакции Вассермана, РИФ и др. В ликворе – увеличение количества клеток и белка, изменение белковых фракций с увеличением уровня глобулина. Большую диагностическую роль играет реакция Ланге с коллоидным золотом: при прогрессивном параличе в первых пробирках наблюдается обесцвечивание раствора ликвора с коллоидным золотом, «паралитический тип» кривой.

Дифференциальный диагноз основывается на серологических показателях, анализе неврологической и психопатологической симптоматики.

Лечение трехдневной малярией и садоку (японский крысиный тиф) имеет больше историческое значение. Маляриотерапия была предложена венским психиатром Ю.Вагнер-Яурегом в 1917 г. В настоящее время лечение проводится антибиотиками пенициллиновой группы.

Ювенильный прогрессивный паралич

В настоящее время практически не встречается. Он наблюдался на почве врожденного сифилиса в тот период, когда прогрессивный паралич был одним из самых распространенных психических заболеваний.

У подростков начало заболевания проявлялось психопатоподобными нарушениями поведения, а затем начинало нарастать слабоумие. Вначале подросток становился несобранным, неспособным к учебе, бестолковым и непонятливым, нарастали вялость и пассивность, нарушались речь (она делалась смазанной, больной пропускал слова и слоги), тонкая координация движений. Выявлялись неврологические расстройства: отсутствие реакции на свет при сохранении на аккомодацию, позднее появлялись гиперкинезы и парезы.

Серологические специфические реакции при исследовании крови и ликвора подтверждали диагноз. Без лечения заболевание приводило к летальному исходу в состоянии глубокого слабоумия и маразма. Диагноз нейросифилиса подтверждается лабораторными методами, положительными реакциями Вассермана, РИФ, РИБТ. Лечение проводится антибиотиками пенициллиновой группы.

16.5. Психические нарушения при СПИДе

Психические нарушения могут наблюдаться как у лиц, заболевших СПИДом, так и серопозитивных носителей ВИЧ, которые относятся к группе риска заболевания.

В эпидемиологическом плане выделяют несколько групп риска. К *первой группе* относят лиц, имеющих серопозитивную реакцию на ВИЧ, но у которых не обнаруживается признаков заболевания. Это так называемая *серая зона*.

Вторая группа — это лица без признаков заболевания и без серопозитивной реакции на ВИЧ, к этой группе относят лиц с особым стилем поведения (гомосексуалисты, проститутки, наркоманы). Это *группа беспокойства* (Морен и соавт., Коркина М.В.). У них наблюдаются психические расстройства, с которыми они обращаются к психиатрам. Психические расстройства в этих группах представлены главным образом психогенными расстройствами и невротическими, проявляющимися тревогой, беспокойством, нарушениями сна и аппетита, снижением работоспособности, фиксацией внимания на возможном заболевании СПИДом. В ряде случаев выраженность тревоги и страха достигает психотического уровня.

Лица из группы риска постоянно следят за литературой, посвященной СПИДу, многократно перечитывают ее, выискивают у себя похожие симптомы, прекращают сексуальные связи из-за страха заболеть еще какой-либо болезнью или заразить партнера.

У лиц, серопозитивных по СПИДу, часто наблюдаются психопатоподобное поведение, расширение сексуальных связей, часто с целью заражения. В ряде случаев наблюдается депрессивная симптоматика с суицидальными мыслями. Эти состояния иногда достигают психотического уровня с бредовыми идеями отношения, мыслями о возможном заражении близких бытовым путем (хотя и знают, что это невозможно).

Известно, что ВИЧ обладает нейротропными и лимфотропными особенностями. Он поражает непосредственно клетки ЦНС, и в связи с этим нарушения психической деятельности могут наблюдаться до развития основных признаков болезни.

У *больных СПИДом* появляются нарушения сна, снижается работоспособность, отмечаются пониженное настроение, апатия.

Эти расстройства вначале носят характер выраженных психогенных реакций от осознания болезненных проявлений (этап осознания болезни). В этом периоде преобладает депрессивная симптоматика с идеями самообвинения, суицидальными мыслями и тенденциями. Суициды чаще совершают психопатические личности или лица, оказавшиеся на положении изгоев (им не позволяют посещать общественные места, иногда изгоняют из населенного пункта). Наряду с депрессией наблюдаются обсессивно-компульсивные расстройства, навязчивый страх смерти, навязчивое воспоминание о сексуальных партнерах, предположение о лицах, от которых произошло заражение.

Уже в этот период обнаруживаются органический налет на всей симптоматике, колебания настроения с дисфорическим оттенком, гневливость, склонность к агрессивным реакциям в связи с осознанием безысходности состояния; гневливость бывает направлена против врачей. Иногда наблюдается анозогнозия, когда больные отрицают наличие болезни, не верят врачам.

При прогрессировании болезни на первый план выступают симптомы органического поражения головного мозга: эпилептиформные припадки, состояния помрачения сознания, чаще в виде делириозных эпизодов, наблюдаются гипоманиакальные состояния и острые параноиды.

Е.И.Скугорская отмечает, что среди взрослых больных СПИДом психические нарушения составляют 31–65%. Распространенность психических нарушений у ВИЧ-инфицированных детей и подростков остается неизвестной.

При развитии заболевания происходит нарастание деменции: «СПИД-дементный синдром», «СПИД-дементный комплекс». Принято считать, что «СПИД-дементный комплекс» в 1/4 случаев выявляется в манифестном периоде болезни. Это обусловлено диффузным подострым энцефалитом, менингитом, церебральными геморрагиями и артериитами. В ряде случаев наблюдаются церебральные лимфомы (псевдоопухолевые проявления болезни).

Деменция характеризуется жалобами на забывчивость, медлительность, трудности в концентрации внимания, при решении задач и чтении. Часто бывают апатии, снижение спонтанной активности и социальная отгороженность.

В некоторых случаях заболевание может выражаться в атипичных аффективных расстройствах, психозах или припадках.

При соматическом обследовании обнаруживаются тремор, нарушения быстрых повторных движений и координации, атаксия, генерализованная гиперрефлексия, лобное растормаживание и нарушение глазодвигательных функций.

Деменция обычно, но не обязательно, быстро прогрессирует.

При неблагоприятном течении заболевания нарастают слабоумие, двигательные нарушения, периодически возникают нарушения сознания, эпилептиформные припадки, в дальнейшем — оглушение и кома.

Смерть наступает в 80% случаев в течение 2 лет именно от органического поражения головного мозга. На КТ обнаруживается общая церебральная атрофия. Среди умерших 93% — мужчины, в 60% причиной смерти служила двусторонняя пневмония.

СПИД у детей и подростков

Связанные с ВИЧ нарушения могут встречаться и у детей. Они характеризуются задержкой развития, гипертонией, микроцефалией, кальцификацией базальных ганглиев.

В отличие от взрослых, неврологическая симптоматика может возникнуть в отсутствие инфекций, вызванных условно-патогенными микроорганизмами.

В педиатрической практике встречаются случаи СПИДа у детей в результате заражения от матери. Четверть детей, рожденных от нелеченых ВИЧ-инфицированных матерей, оказываются зараженными. Среди ВИЧ-инфицированных детей прогрессирующая энцефалопатия встречается в 13–23% случаев и характеризуется триадой симптомов: нарушение роста головного мозга; прогрессирующее нарушение двигательных функций; задержка в прохождении основных этапов развития (Е.И.Скугаревская).

Описаны три типа течения прогрессирующих энцефалопатий: быстрое, прогрессирующее, с потерей приобретенных навыков; подострое развитие энцефалопатии с периодами относительно стабильного состояния; стационарная энцефалопатия, при которой невозможно прохождение всех этапов нормального развития.

У ВИЧ-инфицированных детей и подростков обнаруживаются низкий уровень интеллектуального развития (ниже среднего), заметное снижение школьной успеваемости, трудности психологического характера, более сложные нарушения экспрессивной речи по сравнению с рецептивной, нарушения зрительно-моторных навыков.

У младенцев и детей раннего возраста течение прогрессирующей энцефалопатии зависит от времени инфицирования по отношению к стадиям развития мозга, генетической предрасположенности и вирулентности ВИЧ. У ВИЧ-инфицированных детей дошкольного и младшего школьного возраста могут наблюдаться аффективные расстройства, гиперкинетические расстройства с дефицитом внимания, маниакальные состояния или психозы. Эти состояния приводят к дистрессу, сопровождаются различными соматическими жалобами, высоким риском совершения самоубийства или отсутствием желания соблюдать режим лечения. Детей может угнетать мысль, что они совершили что-то ужасное и заслужили наказание в виде болезни, это может вызывать у них чувство виновности.

Неинфицированные сибсы могут страдать из-за СПИДа. Возможны нарушения отношений между братьями и сестрами из-за страха заражения или обиды на больного ребенка. Сибсы могут сталкиваться с неприятными проблемами в школе, дети могут их сторониться из-за болезни заражения.

Этиология и патогенез

Психические нарушения обусловлены, с одной стороны, стрессом при сообщении о заболевании, которое неизлечимо и создает в связи с этим различные социально-психологические проблемы, с другой — обусловлены интоксикацией и поражением тканей головного мозга (нервных клеток).

Патологическая анатомия

Известно, что ВИЧ обладает нейротропным действием и выделяется из мозговой ткани. Патоморфологические изменения обнаруживаются в тканях головного мозга в 90% случаев. Они включают реактивный глиоз, распространенную демиелинизацию, мелкоочаговые инфаркты мозга, диссеминированные периваскулярные изменения. Эта картина напоминает нейросифилис, токсоплазмоз, вирусные энцефалиты и др.

Диагностика

Следует исключать больных с псевдоСПИДом, т.е. больных со спидофобией и бредом заражения ВИЧ. Прежде всего следует исключить сам факт заражения, т.е. серопозитивность, а затем проводить лечение в соответствии с ведущим синдромом. Органические поражения головного мозга при СПИДе необходимо дифференцировать с другими органическими заболеваниями головного мозга. Вопрос в пользу диагноза СПИДа решается положительными реакциями на СПИД.

Лечение, реабилитация, профилактика

СПИД неизлечим, но может протекать хронически с ремиссиями, в связи с чем большую роль играет психотерапевтическая работа как с больным, так и его окружением. В лечении используются психотропные средства: транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики в малых дозах.

Антиретровирусные препараты (зидовудин) подавляют или приостанавливают прогрессирование СПИДа, способствуют улучшению большинства показателей общего состояния у детей. Эти препараты улучшают когнитивные функции у детей. Для смягчения социально-психологических проблем детям целесообразно назначать малые дозы психотропных препаратов: транквилизаторов, антидепрессантов и нейролептиков. Из антидепрессантов предпочтение отдается группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, флувоксамин, сертралин и др.).

Нейролептики назначают с большой осторожностью из-за повышенной чувствительности организма к эффектам блокирования дофамина.

Большое значение имеет использование психотерапевтической помощи для совершенствования общения со сверстниками, психологических методов преодоления страдания, коррекции внутрисемейных отношений (например, преодоления гнева, направленного на инфицированного родителя, и др.).

Глава 17.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

К психическим расстройствам церебрально-сосудистого генеза относят нарушения, обусловленные атеросклерозом сосудов мозга, гипертонической и гипотонической болезнями. Церебрально-сосудистые расстройства косвенно связаны с поздневозрастными факторами и процессами старения. Несмотря на широкую распространенность этих нарушений, их приуроченность ко второй половине жизни, не у всех больных пожилого и старческого возраста развиваются клинически оформленные психические нарушения вследствие гипертонической болезни и церебрального атеросклероза. У многих эти нарушения отсутствуют или носят эпизодический, рудиментарный характер. Более тяжелые варианты, вплоть до слабоумия и психозов, возникают при особо злокачественном течении цереброваскулярной недостаточности.

По данным отечественных авторов, вазocereбральными нарушениями страдают 17–18% всех лиц старше 60 лет, причем у 3–4% диагностируют сосудистые деменции или психозы, а у остальных — нарушения непсихотического уровня.

Гипертоническая болезнь и церебральный атеросклероз находятся в родственных отношениях. Психические нарушения цереброваскулярного генеза обладают значительным клиническим сходством. Во избежание повторов целесообразно рассматривать их в рамках общей группы психических расстройств церебрально-сосудистой природы.

Рубрикация церебрально-сосудистых расстройств в МКБ-10

В МКБ психические расстройства сосудистого генеза отнесены к разделу «Органические, включая симптоматические, психические расстройства». Выделены несколько вариантов сосудистой деменции, органическое бредовое расстройство, органический галлюциноз, кататоническое расстройство органической природы, острое состояние спутанности, подострое состояние спутанности или делирий, депрессивное расстройство органической природы, органическое диссоциативное конверсионное расстройство, эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (чаще в связи с цереброваскулярным заболева-

нием или гипертонией), тревожное органическое расстройство, легкое когнитивное расстройство, органическое расстройство личности.

Если ни один из этих вариантов цереброваскулярных расстройств не соответствует классификации, может быть использована диагностическая рубрика «неуточненные психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга и физической болезни».

Клиническая картина и течение

Цереброваскулярные психические расстройства непсихотического уровня

Эти расстройства возникают преимущественно после 50–60 лет, хотя возможно и более раннее начало. Они включают неврозоподобные, психопатоподобные нарушения, психоорганический синдром и энцефалопатию.

На ранних этапах непсихотические нарушения чаще представлены церебрастеническим (неврастеноподобным) симптомокомплексом. Типичны повышенная утомляемость, особенно при умственном напряжении, раздражительность, эмоциональная лабильность, слабодушие, поверхностный сон с ранними пробуждениями, отвлекаемость, некоторое ослабление памяти, в первую очередь на текущие события, даты и имена, определенное замедление психических процессов, общительности. Существенное место занимают неврологические нарушения: головная боль, головокружения, синкопальные приступы, шум в ушах и голове, мелькание «мушек» перед глазами. Характерны метеопатия, мерцание симптоматики: сегодня такой больной демонстрирует выраженные расстройства памяти, интеллектуальную беспомощность, а завтра производит впечатление достаточно сохранного человека. Постепенно усиливается забывчивость, снижается уровень мыслительных способностей, не достигая степени слабоумия.

При прогрессировании церебрально-сосудистого процесса появляются и постепенно выступают на первый план психопатоподобные расстройства. Они обычно начинаются с усиления преморбидных особенностей личности, которые патологизируются и со временем могут становиться шаржированными: заботливое отношение к здоровью превращается в ипохондрическую мнительность, которая достигает уровня инсульто- и кардиофобии, бережливость трансформируется в скупость, осторожность — в пугливость и подозрительность. Формируется оппозиционное отношение к новшествам, ворчливость, приставучесть, неумеренная склонность к поучениям и советам, излишняя обстоятельность, психическая ригидность. Больные частично замечают собственное ослабление памяти и мышления, пытаются их скрыть, компенсировать использованием записных книжек, тренировками памяти, разгадыванием кроссвордов.

Особенно часто встречаются психопатоподобные нарушения в виде раздражительности, неуживчивости, конфликтности, иногда отмечаются вспышки ярости, агрессивные поступки, совершаемые внезапно, по незначительному поводу (по типу «короткого замыкания»). Реже встречается эйфорический вариант с беспечностью, благодушием, немотивированно приподнятым настроением.

Еще один тип психопатоподобных изменений церебрально-сосудистого генеза — апатический. При нем доминируют безразличие, пассивность, вялость. Возможны истерические и другие нарушения личности. По мере прогрессирования церебрально-сосудистого процесса усиливается неврологическая симптоматика с признаками очаговости. В итоге формируется симптомокомплекс, сочетающий церебрастению, неврологические нарушения, мнестико-интеллектуальную недостаточность и психопатоподобные проявления, складывающиеся в сосудистую энцефалопатию. Необходимо подчеркнуть тесную и постоянную связь психических вазocereбральных расстройств с хроническими или преходящими нарушениями мозгового кровообращения разной степени тяжести (инсульты, динамические нарушения, хроническая церебрально-сосудистая недостаточность, гипертонические или гипотонические кризы).

Сосудистые деменции

При дальнейшем прогрессировании цереброваскулярного процесса со временем у части больных развивается сосудистое слабоумие. Характерно лакунарное (дисмнестическое) слабоумие. Помимо выраженных расстройств памяти и интеллектуальной недостаточности, отмечается выраженное слабодушие, вплоть до насильственного плача или смеха. При этом сохраняется частичное понимание своей несостоятельности, а в результате — активное обращение за помощью к врачам, депрессивная окраска эмоционального фона, отчасти объяснимая реакцией больного на собственную беспомощность, необходимость прекращения трудовой деятельности при определенной сохранности личности (ее интересов, привязанностей, мировоззрения, психологической узнаваемости).

При особенно злокачественном течении сосудистого процесса возможен переход из лакунарного слабоумия в тотальную деменцию, которая приводит к распаду структуры личности, особенно грубым расстройствам памяти и мышления, отсутствию понимания собственной несостоятельности, чаще не к депрессивному, а эйфорически-беспечному фону настроения, в отличие от более ранних этапов сосудистого процесса.

Возможны еще более тяжелые варианты сосудистого слабоумия. К ним относятся амнестическая деменция в виде почти полной неспособности к запоминанию с выпадением из памяти последнего периода жизни, глубокой амнестической дезориентировки, «сдвига ситуации в прошлое», ложных воспоминаний (конфабуляций, замещающих пробелы в памяти).

Обычно сосудистое слабоумие формируется постепенно, но бывает и его быстрое развитие, особенно после повторных или тяжелых инсультов (постинсультная деменция).

Церебрально-сосудистые психозы

Их принято разделять на острые и затяжные. К *острым сосудистым психозам* относят оглушенность, сумеречное помрачение сознания, делирий и эпизоды спутанности.

Оглушенность обычно возникает при острых нарушениях мозгового кровообращения, тяжелых гипертонических и гипотонических кризах.

Сумеречные эпизоды, иногда повторные, стереотипные, могут быть связаны с локальными спазмами церебральных сосудов.

С., 62 года, страдает гипертонической болезнью III стадии. В течение недели ночью подходил к койке соседа по палате и мочился на нее. Говорил что-то непонятное. Тут же засыпал. На претензии соседа реагировал возмущением. Заявлял, что на такие поступки не способен.

Транзиторные сосудистые психозы чаще усиливаются в ночное время и возможно их повторение. Церебрально-сосудистые состояния спутанности длятся от нескольких часов до нескольких недель. Проявляются дезориентировкой или ложной ориентировкой, растерянностью, тревогой, резкой отвлекаемостью, галлюцинаторными эпизодами, элементами бессвязности, речевым и двигательным беспокойством. Встречаются оживление в памяти событий, пережитых в прошлом, отдельные конфабуляции и псевдореминисценции, «сборы в дорогу», стремление куда-то уйти.

Из других преходящих сосудистых расстройств, которые по тяжести, последствиям для личности могут быть приравнены к психозам, следует назвать корсаковский и эпилептиформный синдромы.

Затяжные сосудистые психозы. Длятся месяцами и годами. Выделяют бредовые, депрессивно-бредовые психозы и галлюцинозы. Бредовые психозы проявляются паранойальным бредом ущерба, ревности, ипохондрическим, сутяжным.

Церебрально-сосудистые галлюцинозы подразделяют на вербальные, оптические, тактильные и обонятельные. Они могут быть как истинными, так и псевдогаллюцинозами. Встречается и акозматический галлюциноз в виде ложных шорохов, скрипов, звонков, стуков в дверь в сочетании с отрывочными идеями преследования, ущерба.

Психозы возникают как на ранних, так и на отдаленных этапах сосудистого процесса, в том числе на фоне деменции. По завершении психоза, особенно острого, у части больных выявляются более грубые, чем прежде, психопатоподобные и мнестико-интеллектуальные расстройства, признаки углубления деменции.

Таким образом, при обычной склонности сосудистого процесса к прогрессированию, начальный церебрастенический синдром последовательно сменяется энцефалопатией с психопатоподобными и

мнестико-интеллектуальными нарушениями и далее, при неблагоприятном течении, — лакунарной деменцией, а иногда и острым и/или затяжным психозом. Эти состояния можно рассматривать как этапы динамики прогрессирующих психических расстройств вазocereбральной природы. Однако такая неблагоприятная динамика вовсе не обязательна. Развитие церебрально-сосудистых психических нарушений может остановиться на одном из более ранних этапов, и в таком случае они исчерпываются церебрастенией с ослаблением интеллектуально-мнестических функций или психопатоподобными нарушениями.

Этиология и патогенез

Возникновение психических расстройств сосудистой природы связывают с известными морфофункциональными изменениями в мозговых структурах, церебральной гипоксией и метаболическими нарушениями, обусловленными патологическим сосудистым процессом. Имеют значение окклюзии — сужения разнокалиберных мозговых сосудов, гибель нейронов, постинсультные кисты. Усилению прогрессивности цереброваскулярных расстройств, развитию деменции способствуют стойкая, выраженная и трудно медикаментозно корригируемая артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сердечно-сосудистая патология, повторные нарушения мозгового кровообращения.

Развитие сосудистых психозов нередко совпадает с выраженными колебаниями АД, резкими изменениями мозговой гемодинамики.

Существенная роль в генезе цереброваскулярных психических нарушений отводится дополнительным вредностям (соматические болезни, инфекции, интоксикации, психологические стрессы).

Следует отметить, что далеко не всегда отсутствие или наличие психических нарушений и их выраженность совпадают с тяжестью церебрально-сосудистых заболеваний (по данным соматоневрологического и параклинического обследований).

Диагностика психических расстройств церебрально-сосудистого генеза

Основные признаки психических нарушений атеросклеротической природы следующие:

- наличие комплекса характерных церебрально-сосудистых жалоб;
- наличие гипертонической, реже — гипотонической болезни, сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета;
- преходящие или стойкие повторные нарушения мозгового и кардиального кровообращения с последующим углублением психических нарушений цереброваскулярного генеза;
- типичная динамика атеросклеротического процесса с формированием церебрастенического синдрома, чаще постепенным нарастанием мнестико-интеллектуальных, психопатоподобных нарушений, развитием энцефалопатии;

- подтверждение церебрально-сосудистых изменений результатами инструментальных и биохимических исследований (КТ мозга, доплерография, реоэнцефалография, исследование глазного дна, дислипидемия, высокий коэффициент атерогенного риска, патопсихологические изменения по психоорганическому типу);
- выявление слабодушия, истощаемости, «мерцания» симптомов, метеопатии и других характерных проявлений церебрально-сосудистого процесса.

Лечение и профилактика

Терапия психических расстройств при гипертонической болезни и церебральном атеросклерозе включает применение гипотензивных средств, препаратов улучшающих мозговое кровообращение (винпоцетин, сермион и др.), антикоагулянтов, особенно малых доз аспирина, витаминных комплексов, церебролизина. Принято рекомендовать длительные курсы ноотропов (пирацетам, аминалон, стугерон, пантогам). Следует учитывать возможность появления страхов, тревоги, двигательного беспокойства, бессонницы при назначении ноотропов со стимулирующим эффектом (пирацетам, пиридитол), особенно в значительных дозах при назначении их вечером.

При психофармакотерапии вазocereбральных психических расстройств должны соблюдаться общие принципы и ограничения, принятые при использовании психотропных средств в геронтологической психиатрии: одновременное назначение возможно меньшего числа препаратов (не более 2–3), преимущественно более мягких и лучше переносимых психотропных средств, уменьшение их разовых и суточных доз. У пожилых больных дозы психотропных препаратов не должны превышать $\frac{2}{3}$ средних доз для лиц среднего возраста. У престарелых дозы психофармакологических средств сокращаются до $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{3}$ средних доз, принятых в общей психиатрии.

Для коррекции неврозоподобных нарушений используют противотревожные, антидепрессивные и седативные препараты. Из анксиолитических средств показаны триттико (75–150 мг/сут.), мепробамат (400–800 мг), оксазепам (10–30 мг), сонапакс (30–50 мг). Бензодиазепиновые транквилизаторы используют ограниченно из-за риска побочных эффектов. Трициклические антидепрессанты также назначают редко вследствие худшей переносимости. Применяют пиразидол (50–75 мг/сут.), азафен (50–75 мг), серотонинергические антидепрессанты: паксил (20 мг/сут.), флувоксамин (50–100 мг), леривон (15–30 мг). Из снотворных средств назначают на 2–3 нед. нитразепам (5–10 мг), зопиклон (3,75–7,5 мг). При сосудистых неврозоподобных нарушениях часто прибегают к использованию фитопрепаратов стимулирующего (левзея, лимонник, деприм) и седативного (ново-пассит, микстура Шарко, корень валерианы) действия.

При психопатоподобных нарушениях показаны малые дозы нейрорептиков — корректоров поведения: неулептил (5–20 мг/сут.), желательно в капельной форме, сонапакс (20–50 мг).

Лечение непсихотических расстройств сосудистой природы должно включать психотерапию, преимущественно когнитивную в виде разъясняющих, успокаивающих, ободряющих бесед или доступных для больного психотерапевтических дискуссий с элементами прямого и косвенного внушения. Лечебные возможности таких специальных психотерапевтических методов, как гипносуггестия, аутогенная тренировка, психоанализ, ограничены вследствие возрастных сосудистых изменений (особенные трудности в этом плане создает недостаточная пластичность личности). При церебрально-сосудистых деменциях в основном показаны перечисленные выше лекарственные воздействия, направленные против дальнейшего прогрессирования атеросклеротического процесса.

Целесообразность лечения сосудистой деменции активными дозами церебролизина, пирацетама, актовегина, а в последнее время акатинола, ременила остается спорной. Во многих случаях больным с деменцией приходится назначать снотворные препараты. Они нуждаются в житейской помощи и контроле за поведением (возможны уходы из дома, неумышленные затопления, поджоги). Важно привлекать дементных больных к выполнению посильных домашних дел или хотя бы к минимальным умственным и физическим нагрузкам. Необходимо постоянно контролировать сердечную деятельность, органы дыхания и работу желудочно-кишечного тракта. Следует учитывать, что госпитализация дементных больных нередко приводит к ухудшению их физического и психического состояния.

Транзиторные сосудистые психозы, в частности ночные эпизоды спутанности, нередко обходятся без лечения. При необходимости возможно парентеральное введение реланиума (10–20 мг/сут.). При депрессивных и тревожно-депрессивных состояниях назначают внутримышечно, внутрь или внутривенно капельно невысокие дозы амитриптилина (25–75 мг/сут.), анафранила (50–100 мг), паксила (20–40 мг) в сочетании с эглонилом (50–200 мг), сонапаксом (20–50 мг), леривонем (30–60 мг).

При затяжных бредовых психозах и галлюцинозах применяют нейрорептики антипсихотического действия: малые дозы галоперидола (3–6 мг/сут.), рисполепт (1–2 мг), этаперазин (12–30 мг), трифлуоперазин (10–20 мг).

Лекарственная терапия не в состоянии кардинально устранить такие расстройства, как сосудистые деменции, затяжные психозы, последствия повторных тяжелых расстройств мозгового кровообращения. Однако своевременное, настойчивое и адекватное лечение способно частично компенсировать, приостановить, замедлить прогрессирование сосудистого процесса.

К прогностически неблагоприятным показателям церебрально-сосудистых психических расстройств относятся сравнительно раннее появление и неуклонное нарастание психических нарушений, отчетливое углубление психоорганического дефекта личности после перенесенных в прошлом острых и подострых психозов, злокачественное течение артериальной гипертензии, склонность к повторным острым нарушениям мозгового кровообращения, случаи церебрально-сосудистых заболеваний у родственников. Затяжной бредовый или галлюцинаторный психоз не обязательно указывает на тенденцию к прогрессированию церебрально-сосудистого заболевания.

Профилактике психических расстройств сосудистого генеза способствуют своевременное выявление церебрально-сосудистых заболеваний, устранение чрезмерных нагрузок, упорядоченный режим труда и отдыха, отказ от вредных привычек, достаточная двигательная активность, диетические ограничения, лечебная физкультура, нормализация артериального давления.

Глава 18.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

18.1. Систематика психических расстройств позднего возраста

В последние десятилетия увеличилось абсолютное количество психически больных позднего возраста и вырос их удельный вес по отношению к общему числу психически больных всех возрастных групп, что преимущественно обусловлено увеличением средней продолжительности жизни, ростом доли пожилых и престарелых в общем населении (Э.Я.Штернберг, В.А.Концевой). Высоки показатели распространенности психических расстройств в старших возрастных контингентах населения. По данным отечественных и зарубежных авторов, от 10 до 25% всех лиц старше 60–65 лет страдают психическими нарушениями различной степени тяжести.

Психические расстройства, выявляемые у лиц позднего возраста, неоднородны в клиническом и этиопатогенетическом отношении. Их принято распределять на две группы.

К *первой группе* относятся психические расстройства, развивающиеся в более ранние возрастные периоды и продолжающиеся или повторно возникающие после начала старения, а также психические заболевания, впервые возникшие в позднем возрасте, но не специфичные для него, способные развиваться в различные периоды жизни. В эту группу входит большинство клинико-нозологических форм психической патологии: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, расстройства личности, умственная отсталость, психогенные заболевания, психические расстройства, обусловленные соматическими болезнями, инфекциями, черепно-мозговыми травмами, алкоголизм, токсикомании и наркомании.

Вторую группу составляют психические расстройства, преимущественно или всегда возникающие в позднем возрасте и прямо или косвенно связанные со старением.

Вторая группа включает функциональные психические расстройства позднего возраста, болезнь Альцгеймера с ранним и поздним началом,

болезнь Пика, инволюционные психозы и психические нарушения, обусловленные церебрально-сосудистой патологией – мозговым атеросклерозом и гипертонической болезнью.

Комплекс факторов, связанных со старением, оказывает существенное влияние на клинические проявления и динамику психических заболеваний первой группы и играет ведущую роль в этиологии и патогенезе психических расстройств второй группы.

Среди этих факторов наиболее существенны следующие:

- нейроэндокринные сдвиги, вызванные климаксом;
- разнообразные функциональные и структурные изменения всех систем и органов, обусловленные старением;
- накопление соматических болезней и возрастных недугов;
- особая социально-психологическая ситуация, в которой оказывается стареющий человек (прекращение трудовой деятельности, сужение социальных связей, одиночество в результате смерти близких, невозможность удовлетворения многих интересов и потребностей, трудности самообслуживания вследствие возрастных недугов, старческой немощности);
- психологическое старение, изменения характера, наступающие в ходе инволюции (снижение эмоционального фона, обеднение интересов и смещение их в сферу физического и материального благополучия, тревожная мнительность, консерватизм, недоверчивость, недостаточная активность, инертность психических процессов, ослабление интеллектуально-мнестических функций).

Высокая распространенность психических расстройств в старших возрастных контингентах населения, этиопатогенетическое и клиническое своеобразие психических расстройств пресениума и старости, особенности терапии психически больных из старших возрастных групп способствуют выделению особого раздела психиатрии – геронтологической психиатрии. К настоящему времени геронтологическая психиатрия в значительной мере сложилась как в научном, так и в организационном отношении. Созданы различные формы специализированной психиатрической помощи больным позднего возраста: геронтологические отделения в психиатрических больницах, геронтологические кабинеты при психоневрологических диспансерах, дома-интернаты для лиц позднего возраста, страдающих психическими расстройствами.

18.2. Функциональные психические расстройства позднего возраста

Разграничение психических расстройств позднего возраста на органические и функциональные возможно лишь с оговорками, так как основой последних служат в значительной мере необратимые биологические изменения, связанные со старением. Вместе с тем поздневозрастные психические расстройства, которые принято относить к функциональным, отличаются от психических расстройств органической природы

возможностью их полной или частичной редукции и отсутствием выраженного психического дефекта или слабоумия в исходе заболевания.

Функциональные психические расстройства позднего возраста в одних случаях носят непсихотический характер и входят в область пограничной психиатрии (климактерические неврозоподобные состояния), в других — достигают психотического уровня (функциональные психозы позднего возраста).

18.2.1. Климактерические неврозоподобные состояния

Климактерический период играет существенную роль в развитии, обострениях и рецидивах различных форм психической патологии. Он нередко способствует возникновению первых или повторных приступов периодической и приступообразно-прогредиентной шизофрении, фаз маниакально-депрессивного психоза, декомпенсации психопатий, обострений невротозов, выступая при этом в качестве провоцирующего фактора или измененной биологической «почвы». Вместе с тем климакс нередко становится непосредственным источником неврозоподобных расстройств, являясь ведущим этиопатогенетическим фактором.

К климактерическим неврозоподобным состояниям относят клинически сходные с невротозами нервно-психические расстройства, которые обусловлены нейроэндокринными и другими биологическими изменениями, наступающими в ходе патологического климакса.

В общей медицинской практике эти расстройства традиционно обозначаются понятием «климактерический невротоз». Такое название неправомерно, поскольку речь идет о психических расстройствах, вызванных биологическими влияниями, а не переживанием личностью стрессовой ситуации.

Климактерические неврозоподобные нарушения являются составной частью климактерического синдрома наряду с многообразными соматоэндокринными сдвигами.

Клиническая картина, динамика и прогноз

Климактерические неврозоподобные расстройства, как правило, развиваются постепенно. Их возникновение часто совпадает с началом патологического климакса. Таким образом, эти расстройства относятся к ранним признакам патологического возрастного криза.

Климактерическим неврозоподобным состояниям свойственны полиморфизм и изменчивость проявлений. Наиболее типичны следующие симптомокомплексы, которые обычно сочетаются в разных пропорциях.

Астеновегетативный синдром характеризуется повышенной утомляемостью при умственном и физическом напряжении, сочетанием неустойчивости и истощаемости внимания с многообразными вегетативными дисфункциями. Особенно характерны так называемые приливы, т.е. короткие повторяющиеся вегетативно-сосудистые пароксизмы в виде покраснения кожи, ощущений жара, озноба, сердцебиений,

головокружения. В более тяжелых случаях бывают обмороки. Приливы — почти обязательный признак климактерических неврозоподобных расстройств и обычно занимают центральное место в их клинической картине. Кроме того, типичны лабильность артериального давления и пульса, колебания аппетита, усиление или ослабление полового влечения, разнообразные нарушения сна с кошмарными сновидениями.

Эмоциональные расстройства преимущественно выражаются в крайней изменчивости настроения с быстрыми мало мотивированными переходами от тревоги и уныния или раздражительности к неумеренной веселости и экзальтации. Нередко возникает неглубокая, но субъективная тягостная депрессия.

Сенестопатически-ипохондрические нарушения часто входят в структуру климактерических неврозоподобных состояний. Многообразные мучительные ощущения с неопределенной, меняющейся локализацией сопровождаются чрезмерными опасениями за здоровье, которые иногда приобретают навязчивый характер.

Истероподобные расстройства проявляются жалобами на спазмы в горле, внутреннее дрожание, ощущение слабости, «ватности» в руках или ногах, затруднения в речи при волнении. Эти жалобы сочетаются с повышенной обидчивостью, капризностью, эгоцентризмом, театральностью поведения, приступами рыданий.

Если один из перечисленных симптомокомплексов доминирует, выделяют астенический, депрессивный, ипохондрический или истерический вариант климактерических неврозоподобных расстройств.

Существенная клиническая особенность этих расстройств — приступообразный характер симптомов, значительные колебания их выраженности.

Часто картину неврозоподобных нарушений дополняют тревожно-пессимистические переживания, которые отражают психологические проблемы климакса (начавшееся увядание, неблагоприятные изменения внешности, снижение сексуальной привлекательности).

Течение и прогноз климактерических неврозоподобных состояний относительно благоприятны. У основной массы больных климактерические неврозоподобные нарушения продолжаются от нескольких месяцев до нескольких лет и завершаются выздоровлением.

У некоторых больных неврозоподобные расстройства климактерического генеза отличаются особой длительностью. Они закрепляются, приносят патологические изменения в характер и, таким образом, приводят к патологическому развитию личности. Возможен переход климактерических неврозоподобных нарушений в инволюционный психоз (В.Н.Ильина). Наибольшие стойкость и выраженность присущи неврозоподобным расстройствам, обусловленным искусственным климаксом.

Рубрикация в МКБ-10

Климактерические неврозоподобные расстройства следует относить к разделу «Органические, включая симптоматические, психические

расстройства». Специальной рубрики для психических нарушений климактерического генеза не предусмотрено. Их можно кодировать как «Непсихотические расстройства в связи с другими заболеваниями», включая в разные рубрики, в зависимости от синдромальной характеристики.

Диагноз

Распознавание климактерических неврозоподобных состояний основано на возникновении в возрасте 45–55 лет нервно-психических нарушений невротического уровня, в картине которых существенное место принадлежит своеобразным вазовегетативным приступам — «приливам». Учитываются параллельное нарушение периодичности менструального цикла и другие соматические признаки климакса.

Распространенность

Климактерические неврозоподобные расстройства возникают у 20–30% женщин. Мужской климакс реже сопровождается клинически оформленными неврозоподобными нарушениями.

Этиология и патогенез

Неврозоподобные расстройства — одно из ведущих и типичных проявлений патологического климакса. Они являются следствием наступающих в ходе климакса нейроэндокринных сдвигов, в первую очередь нарушения, а в дальнейшем и прекращения гормональной функции яичников. Определенное патогенетическое значение придается нарушениям деятельности диэнцефалона, гиперфункции щитовидной железы и общим процессам старения.

Лечение и профилактика

Терапия климактерических неврозоподобных состояний преимущественно проводится в амбулаторных условиях. Основной способ лечения — психофармакотерапия. Назначают транквилизаторы (реланиум, феназепам, алпразолам, нозепам, грандаксин) в сочетании с малыми дозами антидепрессантов седативного или сбалансированного действия (леривон, анафранил, пиразидол, паксил, азафен). Применяются седативные микстуры, беллоид или белласпон, витамины, мягкие препараты общеукрепляющего и психостимулирующего действия (левзея, лимонник), физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура. Используют гормональные средства: эстрогены (фолликулин, синэстрол, климактерин и др.), а при наличии противопоказаний к ним — андрогены (тестостерона пропионат, метилтестостерон). Гормонозаместительная терапия должна проводиться под лабораторным контролем.

Полезны психотерапевтические беседы разъясняющего, успокаивающего и ободряющего характера в сочетании с суггестией или аутогенной тренировкой.

Профилактика климактерических неврозоподобных расстройств такая же, как профилактика патологического климакса. Имеют значение предупреждение и своевременное лечение гинекологических и других соматических заболеваний, улучшение условий труда и быта женщин, благоприятный психологический климат в семье и на производстве. Важны в профилактическом отношении упорядоченный образ жизни, полноценный отдых, регулярные занятия физкультурой, закаливание, другие мероприятия, способствующие укреплению физического здоровья, повышению психологической устойчивости и тренировке вегетативной нервной системы.

18.2.2. Инволюционные (пресенильные) психозы

Инволюционные психозы описаны Э.Крепелином в конце XIX в. В настоящее время выделяют две клинические формы этих психозов: инволюционную депрессию и инволюционный паранойд.

Клиническая картина и динамика инволюционной депрессии (пресенильной меланхолии)

Начало инволюционной депрессии обычно медленное, хотя возможно и острое начало в тех случаях, когда возникновению психоза предшествует внезапная психическая травма или острое соматическое заболевание. Появляются и нарастают угнетенность, необоснованные или преувеличенные опасения за собственное здоровье, состояние близких, материальное благополучие. Со временем эти проявления усиливаются и перерастают в картину выраженной тревожной депрессии.

Считают, что сочетание депрессии с тревогой — самая существенная клиническая особенность инволюционной меланхолии. Тревога носит беспредметный характер, лишена конкретного содержания или насыщена неоправданными мрачными предчувствиями, ожиданием всяческих несчастий. Она усиливается в вечерние и ночные часы. Часто выявляется симптом нарушения психической адаптации в виде резкого нарастания тревоги с бессмысленным сопротивлением при любых незначительных изменениях привычной обстановки. Например, тревога усиливается при переводе больного на другое место в палате, при появлении нового пациента.

Классической картине инволюционной меланхолии свойственно сочетание *тревожно-депрессивного аффекта с речевым и двигательным беспокойством*, достигающим в более тяжелых случаях до возбуждения и даже неистовства (*ажитированная депрессия*). Речь больных непоследовательна или бессвязна, состоит из обрывков фраз или бессмысленного перечня слов, сходных по звучанию и выражающих недоумение и тревогу (вербигерация). Больные всхлипывают, причитают, стонут, растерянно озираются, бестолково бродят или мечутся по помещению.

Ажитация традиционно рассматривается как существенный клинический признак инволюционной депрессии. Вместе с тем выраженное речевое и двигательное беспокойство или возбуждение не является

обязательным проявлением этого психоза. В последние десятилетия ажитированная депрессия встречается все реже. Во многих случаях тревожно-тоскливый аффект сочетается не с ажитацией, а с замедленной, невыразительной речью, вялостью, малоподвижностью.

У части больных депрессия сопровождается бредом. Чаще встречаются бредовые идеи несправедливого обвинения, осуждения больного окружающими. Бывают патологические идеи преследования, отравления, ущерба, ревности, ипохондрический бред. Бредовые идеи самообвинения практически не характерны для инволюционной депрессии.

Иногда на высоте тяжелой инволюционной меланхолии развивается бред депрессивно-фантастического содержания (*бред, или синдром, Котара*). Этот синдром характерен для психозов позднего возраста. В более ранние возрастные периоды он возникает редко.

Для синдрома Котара типичен *нигилистический бред, или бред отрицания*, — своеобразный чувственный бред, близкий к ипохондрическому. Больные утверждают, что у них отсутствуют жизненно важные органы и функции (нет желудка, кишечника, пища попадает непосредственно в брюшную полость и там накапливается, не перевариваясь, месяцами не бывает физиологических отправлений). В структуру синдрома могут входить *идеи злого могущества* (своим существованием больной причиняет неисчислимые страдания и гибель людям, всему человечеству; люди умирают, задыхаясь в заполнивших всю атмосферу ядовитых испарениях, миазмах, исходящих от больного). Бывают *идеи мучительного бессмертия* (больной считает себя обреченным на вечные страдания, подобно грешникам в аду). Распространение бредовых переживаний на целую страну, планету или даже Вселенную является основанием для обозначения такого бреда *мегаломаническим, или бредом громадности*. Возникновение синдрома Котара свидетельствует об особой глубине, исключительной тяжести депрессии.

Обманы восприятия в рамках инволюционной меланхолии возникают редко. Возможны вербальные иллюзии и галлюцинации, содержание которых соответствует тревожно-депрессивному аффекту.

Динамика инволюционной меланхолии чаще всего носит характер затяжного однократного приступа (Э.Я.Штернберг). При более остром начале психоза и своевременной активной терапии через несколько месяцев иногда наступает достаточно глубокая и стойкая ремиссия. Однако у большинства больных тревожно-депрессивная и бредовая симптоматика сохраняется в течение ряда лет в почти неизменном виде. Монотонность, однообразие аффективно-бредовых расстройств — одна из клинических особенностей инволюционной депрессии.

Постепенно тревожно-депрессивные и бредовые проявления сглаживаются, становятся более скудными, формируется своеобразный психический дефект в виде уныло-пессимистической окраски эмоций, беспокойства по пустякам, косности, ригидности всех психических процессов. К выраженным органическим изменениям психики, слабоумию инволюционная депрессия не приводит. Отмечаемое у части

больных некоторое ослабление памяти и интеллекта обусловлено естественными процессами старения и присоединением церебрального атеросклероза.

Клинические проявления и динамика инволюционного параноида (инволюционной паранойи)

Начало болезни, как правило, медленное. Возникают и постепенно нарастают недоверчивость, подозрительность. В случайных высказываниях и поступках родственников, соседей больной усматривает признаки недоброжелательного отношения к себе, враждебности. Постепенно эти переживания трансформируются в *интерпретативный бред*, содержанию которого свойственны мелкомасштабность, конкретность и нередко правдоподобие. Бред касается лиц из непосредственного окружения больного и повседневных житейских событий, что дает основания называть его бредом обыденных отношений, или малого размаха.

Особенно характерен бред ущерба. Больные убеждены, что соседи или родственники притесняют их, тайком проникают в помещение, царапают мебель, пачкают и рвут белье, крадут мелкие деньги или вынимают мясо из кастрюли с супом. Нередко возникают идеи отравления, для обоснования которых привлекаются очередное недомогание, патологические ощущения в связи с соматической болезнью или возрастным недугом. Встречаются и паранойяльные ипохондрические идеи, идеи ревности. Иллюзии, галлюцинации возникают редко и не занимают существенного места в картине психоза.

В одних случаях бред сопровождается тревожной угнетенностью, в других — настроение больных несколько приподнятое, оптимистичное.

Больным часто присущи активность, стеничность в борьбе с мнимыми недоброжелателями. Больные обращаются с жалобами и заявлениями на «обидчиков» в милицию, административные органы, призывают на помощь общественность.

Течение инволюционных параноидов обычно хроническое. У большинства больных бред сохраняется многие годы, а иногда и всю последующую жизнь, не обнаруживая склонности ни к прогрессированию, ни к обратному развитию. Выздоровления, как правило, не наступает. Вместе с тем инволюционный параноид, как и инволюционная депрессия, не приводит к деменции.

У части больных бредовые переживания со временем становятся менее интенсивными, оказывают все меньшее влияние на поведение больных, приобретают отрывочный характер или почти полностью нивелируются. Сохраняются лишь некоторая настороженность, подозрительность, эпизодические опасения враждебных действий со стороны отдельных лиц из ближайшего окружения. Параллельно отмечаются явления психической слабости, однообразие, инертность всех психических процессов.

18.2.3. Функциональные психозы предстарческого и старческого возраста

Функциональные психозы позднего возраста — впервые развивающиеся в пресениуме (возраст начала — 45–60 лет) или старости (после 60–65 лет) психотические состояния, которые, предположительно, обусловлены комплексом факторов, прямо или косвенно связанных со старением, и которые не приводят к выраженному органическому снижению уровня личности или слабоумию.

У части больных проявления таких психозов идентичны или близки картине инволюционной депрессии или инволюционного параноида. В этих случаях одни психиатры квалифицируют их как поздние варианты пресенильных психозов, другие называют их функциональными психозами старческого возраста.

У престарелых наблюдаются и функциональные психозы иной психопатологической структуры: ворчливые депрессии, оптические, вербальные, тактильные и обонятельные галлюцинозы, острые состояния спутанности с грубой дезориентировкой в окружающем, отрывочными галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, двигательным беспокойством и амнезией периода психотических расстройств.

Рубрикация в МКБ-10

Инволюционную депрессию следует относить к разделу «Расстройства настроения», рубрифицируя как «Депрессивный эпизод» тяжелой или средней степени. Инволюционный параноид выделен в специальную подрубрику раздела «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства». Функциональные галлюцинозы позднего возраста следует включать в подраздел «Другие неорганические психотические расстройства» того же раздела.

Этиология и патогенез

Отношение к функциональным психозам позднего возраста представителей разных психиатрических школ и направлений неоднозначно. Одни исследователи отрицают нозологическую самостоятельность этих психозов, рассматривая их как видоизмененные старением, атипичные варианты шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, реактивных или соматогенных психозов. Другие психиатры признают существование особых функциональных психозов позднего возраста.

Следует отметить, что инволюционные психозы теперь диагностируются редко, преимущественно в тех случаях, когда клиническая картина соответствует классическим описаниям инволюционных психозов.

Сведения об этиопатогенезе функциональных психозов позднего возраста являются в значительной мере гипотетическими.

Давние представления об обусловленности этих психозов наступающими в ходе старения нейроэндокринными и другими биологическими сдвигами пока не получили достоверных научных доказательств. Значение процессов старения в генезе функциональных психозов позднего

возраста отчасти подтверждается клиническими связями части этих психозов с патологическим климаксом.

Наиболее распространена концепция, в соответствии с которой функциональные психозы позднего возраста возникают в результате сочетанного действия целой группы факторов, прямо или косвенно связанных с инволюцией. К важнейшим из них относят, наряду с биологическим и психологическим старением, психические травмы и соматические вредности (С.Г.Жислин). Определенная роль в генезе этих психозов отводится неблагоприятным социально-психологическим последствиям старения: уход на пенсию, социальная изоляция, жилищно-бытовое и экономическое неблагополучие (Н.Ф.Шахматов).

За рубежом получила признание гипотеза, в соответствии с которой функциональные психозы позднего возраста (особенно инволюционные параноиды) рассматриваются как неосознаваемые защитные реакции личности на ситуацию старения.

Установлена предрасположенность к функциональным психозам позднего возраста лиц определенного психического склада. Многим больным инволюционной депрессией преморбидно свойственны черты тревожной мнительности, гипотимный эмоциональный фон. Большинство больных инволюционным параноидом изначально отличаются бескомпромиссностью, прямолинейностью, неуживчивостью, психической инертностью.

Конкретные патогенетические механизмы функциональных психозов позднего возраста неизвестны.

Диагноз

Диагностика функциональных психозов позднего возраста основана на выявлении впервые возникшего после 45–50 лет психотического состояния с характерной клинической картиной и течением: затяжной однократный приступ тревожной или тревожно-бредовой депрессии, хронический интерпретативный бред с преимущественно ущербной тематикой, затяжной галлюциноз. Диагнозу функционального психоза позднего возраста противоречит выявление таких продуктивных расстройств, как бред воздействия, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы. Обязательное условие диагностики этих психозов — отсутствие на отдаленных этапах выраженного органического снижения уровня личности или слабоумия.

Распространенность

Сведения о распространенности функциональных психозов позднего возраста фрагментарны и противоречивы. По разным данным, больные функциональными психозами составляют от 11 до 48% всех больных психозами в позднем возрасте.

Прогноз

Хотя функциональные психозы позднего возраста не приводят к слабоумию, их прогноз, как правило, неблагоприятный вследствие затяжного

или хронического, многолетнего течения. Клиническое выздоровление наблюдается исключительно редко. Особенно неблагоприятны в прогностическом отношении острые и затяжные состояния старческой спутанности, которые нередко предшествуют летальному исходу.

Лечение и профилактика

Терапия функциональных психозов позднего возраста обычно начинается в стационаре и продолжается в амбулаторных условиях в течение длительного времени. В связи с обострениями психоза нередко возникает необходимость в повторных госпитализациях. Основное лечение — медикаментозное. Дозы большинства психотропных средств, назначаемых больным предстарческого возраста, составляют $2/3$ – $1/2$ средних доз соответствующих препаратов, применяемых у лиц молодого и среднего возраста. При лечении престарелых дозы психофармакологических средств уменьшаются до $1/3$, а чаще до $1/4$, по сравнению с дозами, используемыми у больных зрелого возраста.

Больным инволюционной депрессией показано сочетание антидепрессантов седативного или сбалансированного действия (амитриптилин, анафранил, рекситин, паксил) с нейролептиками. При ажитированной депрессии используются нейролептики седативного действия (тизерцин, азалептин, пропазин). Наличие бредового компонента в структуре депрессивного психоза является основанием для назначения нейролептических средств с антипсихотическим действием (трифтазин, этаперазин, клопиксол, галоперидол, рисполепт) в малых дозах. Во многих случаях оправдано назначение эглонила, учитывая его антидепрессивные и противобредовые свойства.

У больных инволюционного возраста с глубокой и стойкой депрессией, бредом Котара при неэффективности психофармакотерапии и отсутствии соматических и неврологических противопоказаний используют электросудорожную терапию (6–10 сеансов).

При бредовых психозах и галлюцинозах применяют нейролептические средства с антипсихотическим эффектом.

Существенное место в комплексной терапии функциональных психозов позднего возраста принадлежит коррекции соматической патологии, возрастных недугов и уходу за физически немощными, не способными к самообслуживанию больными. Психотерапия в форме успокаивающих и ободряющих бесед и тренировки житейских навыков играет вспомогательную роль. Она направлена на восстановление и закрепление социальных связей.

Профилактика функциональных психозов позднего возраста заключается прежде всего в предупреждении патологического климакса, преждевременного или быстро прогрессирующего старения и возрастных недугов. Профилактическое значение имеют все мероприятия, повышающие устойчивость стареющей личности к биологическим и психологическим стрессам, достаточная активность после прекращения

трудовой деятельности, замена утраченных интересов новыми, доступными по возрасту увлечениями, сохранение социальных связей.

18.3. Атрофические заболевания головного мозга

К сенильным и пресенильным деменциям относят состояния прогрессирующего тотального слабоумия с началом в позднем возрасте, которые обусловлены церебрально-атрофическим процессом.

Наряду с разным возрастом начала сенильные и пресенильные деменции имеют ряд клинических и патологоанатомических отличий.

Различают два варианта болезни Альцгеймера: с поздним началом (после 65 лет) и с ранним началом (до 65 лет), болезнь Пика. Выделявшиеся в недавнем прошлом болезнь Паркинсона и хорея Гентингтона сейчас диагностируются редко.

18.3.1. Болезнь Альцгеймера с поздним началом (сенильная деменция)

Клинические проявления и динамика

Сенильное слабоумие обычно развивается в возрасте 65–85 лет, хотя возможно и более раннее и более позднее начало. Развитие болезни почти всегда медленное, малозаметное, с характерологических изменений. Эти изменения напоминают личностные сдвиги, свойственные естественному старению, но со временем начинают отличаться от последних выраженностью, утрированностью, более быстрым прогрессированием. На инициальном этапе индивидуальные психологические особенности заостряются, а в дальнейшем сглаживаются. Наступают патологические изменения личности, типичные именно для старческого слабоумия (сенильная психопатизация личности). Больные становятся в характерологическом отношении похожими друг на друга. Им свойственны карикатурный эгоцентризм, черствость, скупость, собирательство старых ненужных вещей. Пропадают прежние интересы и увлечения. Одновременно растормаживаются элементарные биологические потребности. Неумеренно усиливается аппетит. Появляется своеобразная гиперсексуальность в виде повышенного интереса к молодым лицам противоположного пола, склонности к разговорам на эротические темы, а иногда и к попыткам развратных действий с малолетними. Преобладает угрюмо-раздражительное настроение. В целом душевная жизнь становится все более примитивной, однообразной.

Уже на начальном этапе заболевания возникают признаки *мнестико-интеллектуальной недостаточности*, которая неуклонно нарастает, выступает на первый план и со временем достигает уровня глубокого слабоумия, распада всей психической деятельности.

Прежде всего страдает механическая память. Далее выявляется фиксационная амнезия, приводящая сначала к дезориентировке во времени, а затем и в окружающей обстановке. Значительно позднее

расстраивается ориентировка в собственной личности, иногда доходящая до неузнавания собственного отражения в зеркале. Последующие расстройства памяти развиваются по закономерностям прогрессирующей амнезии. Запасы памяти утрачиваются в направлении от недавно приобретенных, менее прочных знаний и навыков, ко все более старым и автоматизированным. Со временем память опустошается настолько, что больные не знают, где они живут, сколько у них детей, не помнят их имен, не могут назвать свой возраст, профессию. Пробелы в памяти часто заполняются ложными воспоминаниями (замещающими конфабляциями).

Нарушения мышления, начинающиеся с трудностей при абстрагировании и обобщении, установлении причинно-следственных связей, также постоянно нарастают и доходят до непонимания простейших вопросов, невозможности осмысления окружающей обстановки. Речь сравнительно долго остается упорядоченной, однако со временем и она грубо расстраивается, превращается в бессмысленную болтливость.

Восприятие постепенно становится все более нечетким, расплывчатым. У части больных возникает «сдвиг ситуации в прошлое». У них полностью утрачивается память о последних годах, десятилетиях, а затем и о большей части своей жизни. Одновременно оживляются воспоминания о далеком прошлом. Больные погружаются в воспоминания о юности, молодости и в этом ракурсе воспринимают и оценивают происходящее вокруг них. Утверждают, что им не 80 лет, а 20, что недавно вышли замуж и имеют малолетних детей. Обстановку больничной палаты принимают за квартиру, в которой когда-то жили. Узнают в окружающих давно умерших родственников, друзей.

Характерно извращение формулы сна: продолжительный дневной сон сочетается с ночной бессонницей, сопровождающейся суетливостью, бесцельными хождениями. Ночью нередко возникают эпизоды спутанного сознания с ложной ориентировкой, сборами в дорогу, попытками ухода.

Настроению на более ранних этапах свойственны угрюмость, постоянное недовольство, ворчливость, которые позднее сменяются тупой беспечностью, эйфорией.

Поведение больных в начале слабоумливающего церебрально-атрофического процесса относительно упорядоченное. Постепенно они становятся все более суетливыми, бестолковыми, беспомощными в житейских делах, не способными к самообслуживанию и неряшливыми. Нередко больные внезапно уходят из дома и не могут найти дорогу назад, наполняют жилье газом, затопляют его, совершают поджоги.

Течение сенильной деменции непрерывно- или волнообразно прогрессирующее. Нередко отмечается разрыв между глубоким распадом психической деятельности и относительной физической сохранностью.

Часть больных доживают до стадии маразма. На этой стадии они почти неподвижны, безучастны, лежат в эмбриональной позе, прак-

тически недоступны общению, речевому контакту. Сохраняются лишь некоторые жизненные биологические потребности.

Смерть чаще наступает в ходе интеркуррентных заболеваний. От появления начальных признаков старческого слабоумия до летального исхода проходит от 2 до 10 лет.

Психозы при болезни Альцгеймера с поздним началом. У большинства больных старческим слабоумием психотических расстройств не отмечается (*простая форма* сенильной деменции). Примерно у 10% больных возникают психозы (*психотическая форма* старческого слабоумия). Психоз обычно развивается на относительно ранних этапах болезни. Чаще встречается мелкомасштабный бред ущерба, преследования, ограбления, отравления. Реже возникают галлюцинозы, галлюцинаторно-бредовые состояния, парафренные состояния с бредом и конфабляциями фантастического содержания. По мере прогрессирования слабоумия продуктивная психотическая симптоматика становится все более скудной, фрагментарной и в итоге исчезает.

Рубрикация в МКБ-10

Болезнь Альцгеймера с поздним началом (сенильная деменция) входит в раздел «Органические, включая симптоматические, психические расстройства».

Этиология, патогенез и патологическая анатомия

Многие геронтопсихиатры относят сенильную деменцию к эндогенно-органическим психическим заболеваниям и рассматривают ее как выражение патологического старения всего организма и мозга.

Определенное значение в развитии позднего варианта болезни Альцгеймера придается наследственным факторам. Доказано, что риск возникновения сенильной деменции у родственников больных старческим слабоумием существенно выше, чем у остального населения.

Известная роль в развитии позднего варианта болезни Альцгеймера отводится тяжелым соматическим заболеваниям. Предполагается, что возникновению сенильной деменции способствуют возрастная недостаточность иммунных систем и аутоиммунные процессы, приводящие к деструктивным изменениям в центральной нервной системе.

Анатомической основой сенильной деменции являются диффузная атрофия коры головного мозга и ряд сопутствующих ей морфологических изменений. При патологоанатомическом исследовании, при КТ и МРТ обнаруживают уменьшение массы головного мозга до 1000 г и менее, истончение извилин и расширение борозд, расширение желудочков мозга вследствие внутренней гидроцефалии, вторичное сдавление гипофиза.

Микроскопические исследования показывают, что количество нервных клеток значительно уменьшено. Определяются сморщивание или набухание клеток паренхимы мозга, дистрофические и некротические изменения в них. Для мозга больных сенильной деменцией особенно

характерны множественные сенильные бляшки, которые представляют собой пораженные амилоидозом участки нервной ткани. Кроме того, в нейронах коры мозга встречаются своеобразные изменения нейрофибрилл (альцгеймеровские нейрофибриллы).

Сходные морфологические сдвиги нередко обнаруживают и при макро- и микроскопическом исследовании головного мозга лиц, умерших в старческом возрасте, но не страдавших сенильной деменцией. Однако у них отмеченные изменения носят менее регулярный и выраженный характер.

Диагноз

Основанием для диагностики позднего варианта болезни Альцгеймера является возникающее в старости и неуклонно нарастающее обеднение всей психической деятельности, которое в течение нескольких лет приводит к тотальному слабоумию, а в дальнейшем и к маразму. Существенное диагностическое значение имеют выявляемые при КТ и МРТ признаки диффузной атрофии коры головного мозга, внутренней гидроцефалии в виде расширения мозговых желудочков.

Распространенность

Сенильная деменция относится к частым формам психической патологии позднего возраста. Старческим слабоумием страдают 5–10% всех лиц старше 65 лет. С увеличением возраста риск возникновения сенильной деменции растет. Среди больных старческим слабоумием женщин в 2 раза больше, чем мужчин.

Прогноз сенильных деменций крайне неблагоприятный в связи с неизбежностью возникновения глубокого слабоумия, маразма и гибели больных в пределах 8–10 лет от появления первых клинических признаков деменции. Несколько лучше прогноз при особенно позднем начале старческой деменции (после 80–85 лет). В этих случаях темп нарастания слабоумия более медленный.

Лечение, уход и профилактика

Больные старческим слабоумием прежде всего нуждаются в наблюдении и уходе. Необходимо обеспечить больным диетическое питание, следить за регулярностью физиологических отправления, чистотой кожи, добиваться посильной двигательной активности и, по возможности, привлечения к простейшим формам деятельности. Должен быть обеспечен постоянный контроль за поведением больных, поскольку они могут совершать опасные поступки.

Эффективная терапия сенильной деменции не разработана. Остановить ослабляющий процесс не удастся.

В основном применяется симптоматическое лечение, направленное на поддержание деятельности сердечно-сосудистой системы и других жизненно важных соматических функций. Используются витамины и

лекарственные средства, предназначенные для коррекции возрастных недугов.

В настоящее время на более ранних этапах сенильно-атрофического процесса иногда используют курсовое лечение высокими дозами церебролизина, сермионом, амиридином, которое у части больных приводит к приостановке прогрессирования болезни и даже к ослаблению мнестико-интеллектуальной недостаточности. Однако улучшение состояния всегда бывает преходящим.

Ноотропы применяют осторожно из-за частых побочных действий: могут усиливать депрессию, тревогу, бессонницу.

При возникновении психозов применяют лучше переносимые нейролептики (сонапакс, хлорпротиксен, этаперазин, рисполепт) и мягкие антидепрессанты (пиразидол, леривон, азафен, ципраamil). Дозы большинства психотропных средств должны составлять не более $1/3$ – $1/4$ средних доз, используемых у больных зрелого возраста. При более выраженной сенильной психопатизации, старческой суетливости используют малые дозы сонапакса, хлорпротиксена, неулептила.

Больные сенильной деменцией нуждаются в госпитализации лишь при возникновении психоза или грубых расстройствах поведения. Следует учитывать, что всякое изменение привычного уклада жизни, включая помещение в больницу, может способствовать ухудшению психического и физического состояния больных старческим слабоумием, приближению летального исхода.

Реальные меры профилактики сенильных деменций неизвестны. Определенное профилактическое значение может иметь своевременная эффективная терапия соматической патологии у лиц позднего возраста.

18.3.2. Болезнь Альцгеймера с ранним началом (пресенильные деменции)

Пресенильные деменции — сборная группа развивающихся в предстарческом возрасте состояний слабоумия, обусловленных атрофией мозга. В рамках пресенильных деменций выделяют ряд самостоятельных нозологических форм, среди которых ведущее место с учетом их большей встречаемости принадлежит болезни Альцгеймера с ранним началом и болезни Пика.

Болезнь Альцгеймера с ранним началом

Заболевание описано А.Альцгеймером в 1906 г. Оно развивается в возрасте 45–65 лет, чаще всего в 55–60 лет.

Дебют болезни медленный, течение — прогрессивное. Ослабляющий процесс начинается с мнестических нарушений в виде ослабления памяти на текущие события, которое постепенно переходит в фиксационную амнезию, а затем в прогрессирующую амнезию. Возникает глубокая амнестическая дезориентировка. В течение нескольких лет почти полностью опустошаются запасы знаний и умений. В отличие

от старческой деменции, для болезни Альцгеймера с ранним началом не характерны конфабуляции, сдвиг ситуации в прошлое.

Параллельно с расстройствами памяти нарастают нарушения мышления. Они начинаются с затруднений в более сложной аналитико-синтетической деятельности, а заканчиваются полной интеллектуальной беспомощностью. В итоге выявляется глубокое (тотальное) слабоумие.

На ранних этапах болезни нередко возникают продуктивные психотические расстройства в виде *мелкомасштабного бреда ущерба, отравления, ревности*, реже — в форме *галлюциноза*. У многих больных отмечаются *эпилептиформные припадки*.

Одна из особенностей болезни Альцгеймера, по сравнению с сенильной деменцией, состоит в том, что на ее начальной стадии сохраняется сознание собственной несостоятельности, болезненной измененности, которым сопутствуют тревога и растерянность, позднее сменяющиеся безучастностью, полным равнодушием.

Самое существенное клиническое своеобразие болезни Альцгеймера с ранним началом заключается в сочетании усиливающейся интеллектуально-мнестической недостаточности с нарастающими расстройствами высших корковых функций — речи, чтения, письма, счета, гнозиса и праксиса.

Первые признаки неврологических нарушений корковых функций часто удается обнаружить уже на ранних этапах заболевания (С.И. Гаврилова). Они выражаются в затрудненном осмыслении чужой речи, в нечеткости произношения, затруднениях и ошибках при письме, чтении, счете, забывании названий отдельных предметов. Указанные нарушения интенсивно прогрессируют и сменяются сенсорной, амнестической и агностической афазией. Речь становится все более дизартричной, все большее место в ней занимают стереотипные речевые обороты, междометия, вводные слова. Происходят задержки при произнесении начальных букв и слогов, многократное повторение их (логоклоническое заикание). В дальнейшем активная речь ограничивается бессмысленным повторением обрывков слов или отдельных звуков.

Почти полностью утрачиваются способности чтения, письма, счета. Начальная неловкость движений со временем превращается в неспособность к наиболее автоматизированным, жизненно необходимым действиям. Больные как бы разучиваются вставать, садиться, ходить. Они молча лежат, почти не меняя положения.

Продолжительность болезни от 1–2 до 8–10 лет. Смерть чаще наступает в ходе присоединившейся респираторной инфекции.

18.3.3. Болезнь Пика

Заболевание описано А.Пиком в конце XIX в. Оно обычно начинается постепенно в возрасте 40–65 лет. Особенно часто его первые проявления возникают в 55–60 лет.

На начальной стадии болезни Пика, в отличие от болезни Альцгеймера, преобладают *эмоционально-волевые нарушения*, а не расстройства

интеллектуально-мнестической сферы. Особенно характерна аспонтанность: безучастность, пассивность, отсутствие внутренних побуждений к деятельности при сохраняющейся способности к действиям под влиянием стимулов извне. Реже выявляется симптомокомплекс, клинически сходный с картиной прогрессивного паралича, в виде снижения морально-этического уровня личности, беспечности, эйфории, расторможения влечений, некритического отношения к собственному поведению (псевдопаралитический синдром).

Одно из отличий болезни Пика от болезни Альцгеймера заключается в преобладании нарастающей *интеллектуальной недостаточности* (ослабление способностей к обобщению и абстрагированию, построению адекватных суждений и умозаключений, установлению причинно-следственных зависимостей) над расстройствами памяти. Выраженные нарушения памяти появляются поздно, амнестическая дезориентировка отсутствует. Значительно реже, чем при болезни Альцгеймера, возникают галлюцинаторно-бредовая симптоматика и эпилептиформные припадки.

При болезни Пика среди проявлений тотального слабоумия ведущее место занимают *расстройства речи*, тогда как характерные для болезни Альцгеймера нарушения гнозиса и праксиса выражены значительно меньше.

Расстройства речи, начинаясь с затрудненного понимания чужой речи, смыслового и грамматического упрощения, обеднения собственной речи, со временем переходят в речевую беспомощность. Речь насыщается персеверациями, эхолалиями, постепенно утрачивает фразовый характер, сводится к бессмысленному повторению одних и тех же словосочетаний и слов («стоячий симптом», типичный именно для болезни Пика). Позднее наступает мутизм.

У части больных развивается маразм. Больные умирают в результате вторичных инфекций спустя 5–6 лет от начала ослабоумливающего церебрально-атрофического процесса.

Рубрикация в МКБ-10

Болезнь Альцгеймера включена в раздел «Органические, включая симптоматические, психические расстройства», в рубрику «Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом». В отдельную диагностическую категорию выделена «Деменция при болезни Альцгеймера, атипичная или смешанного типа». Болезнь Пика рубрифицирована в том же разделе под названием «Деменция при болезни Пика».

Этиология, патогенез и патологическая анатомия

В этиологии болезней Альцгеймера и Пика определенное значение придается генетическим факторам. У большинства больных пресенильными деменциями наследственность психопатологически не отягощена. Вместе с тем выявляются семейные случаи болезней Альцгеймера и Пика. Для родителей, братьев и сестер лиц, страдающих болезнями

Альцгеймера и Пика, риск возникновения пресенильной деменции выше, чем в общем населении.

При этих формах психической патологии обнаружены разнообразные отклонения в синтезе белков и их функциях на клеточном уровне, установлены нарушения взаимодействия нейротрансмиттерных систем, сниженная концентрация ацетилхолина, катехоламинов и повышенное содержание некоторых микроэлементов в мозговых тканях. С этими биохимическими сдвигами гипотетически связывают атрофию головного мозга, являющуюся анатомической основой болезнью Альцгеймера и Пика.

Церебральные патоморфологические изменения при болезни Альцгеймера с ранним началом сходны с таковыми при болезни Альцгеймера с поздним началом. Их наиболее существенная особенность заключается в избирательном, а не диффузном характере церебрально-атрофического процесса, который при болезни Альцгеймера с ранним началом преимущественно локализуется в височных и теменных долях. Избирательность мозговой атрофии сочетается с ее большей выраженностью.

Как и при старческом слабоумии, микроскопически определяется значительное количество сенильных бляшек. Именно для этого заболевания особенно характерны своеобразные патологические изменения в нейрофибриллах (альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл).

При болезни Пика, как и при раннем варианте болезни Альцгеймера, атрофия мозга избирательна, но имеет иную локализацию. В атрофический процесс предпочтительно вовлекаются наряду с височными лобные, а не теменные доли.

Микроскопические изменения в мозге при болезни Пика существенно отличаются от микроскопической картины болезни Альцгеймера. Старческие бляшки и альцгеймеровские нейрофибриллы, как правило, не обнаруживаются. Определяются атрофия и гибель части корковых нейронов и набухание нервных клеток за счет особых внутриклеточных образований (телец Пика), а также накопление липидов в клетках паренхимы мозга и глиоцитах.

Диагностика

Распознавание пресенильных деменций основывается на возникновении в предстарческом возрасте прогрессирующего слабоумия тотального типа. Более раннему выявлению типичных для этих заболеваний интеллектуально-мнестических нарушений и расстройств высшей корковой деятельности способствует применение экспериментально-психологических методик. Диагностическое значение имеет компьютерная томография, обнаруживающая атрофию головного мозга, внутреннюю гидроцефалию, расширение желудочков мозга. При разграничении болезней Альцгеймера и Пика учитывают их клинические особенности, приведенные выше, и различия в локализации мозгового атрофического процесса, определяемые при помощи КТ (атрофия преимуще-

ственно теменных и височных областей при раннем варианте болезни Альцгеймера и лобно-височных — при болезни Пика).

Распространенность

Заболеваемость и болезненность пресенильными деменциями изучены недостаточно. Есть данные, что риск возникновения пресенильных деменций равен 0,1%. Среди всех госпитализированных в психиатрические стационары лица, страдающие болезнью Альцгеймера, составляют 0,3–0,5%. Болезнь Пика встречается в 2–4 раза реже болезни Альцгеймера с ранним началом. Эти болезни диагностируются значительно реже, чем сенильное слабоумие. Среди лиц с болезнями Альцгеймера и Пика женщин существенно больше, чем мужчин.

Ранний вариант болезни Альцгеймера в классическом виде бывает относительно редко. Значительно чаще встречаются поздний вариант и смешанная форма сосудисто-атрофического процесса.

Следует отметить, что болезнь Пика с типичной клинической картиной возникает особенно редко. Чаще выявляются пикоподобные расстройства с обилием стереотипий и «стоячих симптомов».

Прогноз пресенильных деменций крайне неблагоприятный вследствие фатального и быстрого распада психической деятельности и наступления смерти в ближайшие несколько лет от начала болезни.

Лечение и профилактика

Лечение болезней Альцгеймера и Пика практически не отличается от терапии сенильной деменции. Методы лечения, способные надолго замедлить или остановить ослабоумливающий процесс, пока не найдены. Проводится терапия сопутствующих соматических заболеваний и возрастных недугов, отдаляющая в части случаев летальный исход. Психотропные средства в малых дозах назначаются при возникновении психоза, более грубых расстройствах поведения и нарушениях сна. Исключительно важен систематический уход за больными.

В последние годы на ранних этапах пресенильных и сенильных деменций используют специальные препараты (акатинол, мемонтин, ременил), которые временно улучшают мнестико-интеллектуальные и эмоциональные функции. Однако позднее наступает ускорение церебрально-атрофических процессов.

Глава 19.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

19.1. Концепция экзогенного типа реакций

Взаимоотношения психических и соматических расстройств образуют обширную и разнородную область психиатрии. Принято разграничивать:

1. Соматопсихиатрию (соматогении) — вторичные психические расстройства, обусловленные соматической патологией. Соматогенные психические расстройства часто называют симптоматическими, так как они являются вторичными по отношению к основному заболеванию, обусловленными их симптомами или осложнениями.
2. Психосоматические расстройства, возникновение которых во многом связано с личностными особенностями и стрессовыми ситуациями.
3. Разнообразные сочетания психических и соматических заболеваний, развивающиеся самостоятельно, независимо друг от друга. Например, сочетание язвенной болезни желудка и туберкулеза легких.

Врачи любой специальности регулярно решают различные лечебно-диагностические вопросы, связанные одновременно с соматическими и психическими расстройствами.

В XIX в. преобладали представления о специфичности соматогенных психических расстройств. Сторонники такого подхода утверждали, что по картине одного лишь психоза (без учета соматических нарушений) возможна диагностика висцерального заболевания. Однако лечебно-диагностическая практика такого узкоспецифического подхода не нашла подтверждения.

В начале XX в. немецкий психиатр К.Бонгеффер сформулировал *концепцию экзогенного типа реакций*, в которой сделал попытку объяснить, от чего зависят развитие разных картин соматогенных психозов и степень их специфичности. Эта концепция получила признание и дальнейшее развитие, основанное во многом на материалах Первой и Второй мировых войн.

Концепция экзогенного типа реакций включает несколько основных положений.

Существует множество внешних вредностей, вызывающих экзогенные (симптоматические) психозы (разнообразные инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы, внутренние болезни), а возможности симптоматических психозов (ответных реакций) на эти вредности ограничены. Первоначально К.Бонгеффер относил к картинам соматогенных (экзогенных) психозов делирий, аменцию, эпилептиформное возбуждение (сумеречное состояние сознания), оглушение, вербальный галлюциноз, корсаковский синдром, эмоционально-гиперестетическую слабость (разновидность астении). Позднее перечень экзогенных психозов был расширен за счет депрессивных, маниакальных, депрессивно-бредовых, галлюцинаторно-бредовых и некоторых других состояний.

Одно из основных положений концепции экзогенного типа реакций Бонгеффера состоит в том, что любая внешняя вредность (инфекция, интоксикация, черепно-мозговая травма, висцеральное заболевание) может вызвать любую из перечисленных выше картин соматогенных психозов. С другой стороны, тот или иной психоз приводит к любой из разновидностей экзогенных психических расстройств, выделенных Бонгеффером. Например, делирий может иметь алкогольную, инфекционную, травматическую, послеоперационную, кардиогенную или иную природу. Таким образом, другое принципиальное положение концепции Бонгеффера заключается в *неспецифичности* экзогенных психических расстройств. Картина психоза определяется не столько качеством внешней вредности, сколько силой, темпом действия и точкой ее приложения.

Концепция экзогенного типа реакций Бонгеффера получила широкое признание, но со временем была частично пересмотрена. Оказалось, что психические расстройства действительно неспецифичны, но при разных экзогенных вредностях отличаются рядом особенностей (в разной степени выраженных). Согласно представлениям автора, одни синдромы имеют экзогенную природу (преимущественно состояния помраченного сознания), а другие (маниакальные, депрессивные, бредовые, галлюцинаторные) — эндогенное происхождение (с участием наследственного предрасположения и иных внутренних факторов). Позднее жесткое разделение на экзо- и эндогенные симптомокомплексы подтвердилось лишь отчасти.

К.Шнайдер сформулировал *условия возникновения соматогенных психозов*:

- выраженность висцеральной патологии;
- хронологическое совпадение, параллелизм в динамике психических и соматических нарушений (в качестве тенденции, а не строгой закономерности);
- частое наличие психоорганических расстройств.

19.2. Соматогенные психозы

Принято разграничивать две обширные группы: *симптоматические психозы и непсихотические соматогенные расстройства*. По данным разных исследований, частота симптоматических психозов варьирует от 0,5 до 1–1,2% всех соматически больных, т.е. весьма значительна, учитывая высокую распространенность внутренних болезней.

По длительности соматогенные психозы разделяют на острые, или транзиторные, подострые и затяжные. *Острые экзогенные психозы* длятся от нескольких часов до нескольких суток. К ним преимущественно относятся синдромы помрачения сознания: делирий, оглушение, сумеречное помрачение сознания, аменция, онейроид (редко). К *подострым симптоматическим психозам*, длящимся до нескольких недель, относятся депрессии, маниакально-эйфорические состояния, вербальный галлюциноз, чувственный бред, галлюцинаторно-бредовые, депрессивно-бредовые состояния. *Затяжные симптоматические психозы*, имеющие продолжительность до нескольких месяцев, а в единичных случаях — год и более, могут проявляться хроническим вербальным галлюцинозом, бредом с элементами систематизации, кататоноподобными расстройствами (редко), стойким корсаковским симптомокомплексом. Из острых симптоматических психозов наиболее типичен *делирий* в виде обильных истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий, ложной ориентировки, преходящего галлюцинаторного бреда, психомоторного возбуждения, отражающего содержание галлюцинаторно-бредовых переживаний, и частичной амнезии.

Еще одна типичная картина острых симптоматических психозов — *астеническая спутанность*. Она находится в родственных отношениях с аменцией и выражается в глубокой дезориентировке, аффекте недоумения, непоследовательности и бессвязности мышления, в однообразном, ограниченном постелью, речедвигательном возбуждении, фрагментарном восприятии окружающего, отрывочном бреде, галлюцинациях и полной амнезии происходящего. Сопутствующая резкая истощаемость проявляется в быстро угасающей способности поддерживать речевой контакт. Вскоре ответы становятся все более односложными и завершаются молчанием. Астеническая спутанность наблюдается преимущественно при выраженной интоксикации, ухудшении соматического состояния и усугублении прогноза. В таких случаях необходимы тщательное обследование и установление причин соматической декомпенсации.

Другая частая разновидность соматогенных психических нарушений — *депрессия*. Она бывает разной глубины, но в основном непсихотического уровня. Более характерны сочетание депрессии с астенией, слабодушием, тревогой, ипохондричностью, разнообразными вегетативными расстройствами и патологическими ощущениями. Возможны идеи виновности, отказы от еды, суицидальные тенденции.

Динамика соматогенных психозов весьма разнообразна. Возможны одноприступные, рецидивирующие и непрерывно текущие, в том числе прогрессирующие, со временем приводящие к формированию малообратимых психоорганических расстройств разной степени выраженности.

Отчетливые корреляции между тяжестью соматических и психических расстройств удается выявить редко. Развитие соматогенных психозов не всегда означает нарастание соматической патологии. Возможны парадоксальные обратные соотношения между глубиной висцеральных и психических расстройств: утяжеление симптоматических психозов иногда сопровождается улучшением соматического состояния, и наоборот.

Патогенетические механизмы соматогенных психозов сложны и во многом недостаточно выяснены. Наиболее универсальные патогенетические механизмы симптоматических психозов:

- нарушения метаболизма;
- ослабленная или искаженная реактивность;
- интоксикация, в том числе лекарственная, инфекционная;
- гипоксический фактор вследствие сердечно-сосудистых или легочных заболеваний.

При недостаточности кровообращения, интракраниальной инфекции, гипоксии, черепно-мозговых травмах у больных остро или постепенно развиваются разной степени выраженности психоорганические расстройства:

- церебрастения;
- энцефалопатия;
- корсаковский синдром;
- эпилептиформный синдром;
- деменция, в виде частой головной боли, головокружений, метеопатии, мнестико-интеллектуальной недостаточности, возбудимости, конфликтности и других психопатоподобных нарушений.

Прогноз соматогенных психозов различен. Наиболее неблагоприятный прогноз у аменции. В прошлом полагали, что аменция указывает на фатальное ухудшение физического состояния и возможный неблагоприятный исход. В настоящее время, в связи с достижениями современной медицины, аменция встречается редко и прогноз не столь пессимистичен.

Типичный делирий — показатель относительно благоприятного прогноза, особенно его абортивные (парэйдологический и гипнагогический) варианты. Мусситирующий и профессиональный делирий, наоборот, прогностически почти столь же неблагоприятны, как аментивное состояние.

Нарастающее оглушение, с переходом в сопор и кому, указывает на нарушение мозгового кровообращения и, по крайней мере, на преходящее повышение внутричерепного давления и необходимость экстренного проведения неотложных медицинских мероприятий.

Прогностически благоприятны маниакально-эйфорические состояния. Возникновение этого синдрома часто указывает на начало реконвалесценции.

Синдромальная картина симптоматических психозов имеет определенное диагностическое значение. Делирий скорее указывает на инфекционную природу заболевания, а аменция — на истощающую и прогрессирующую внутреннюю болезнь.

Д., 27 лет. В связи с язвенным кровотечением перенес резекцию желудка. На 3-и сутки стал беспокойным, с трудом удерживался в постели. Чего-то боялся, кого-то выгонял из палаты, требовал, чтобы они ушли. К чему-то присматривался, прислушивался. Выглядел растерянным, испытывал страхи, постоянно переводил взгляд с одного места на другое. Протестовал, когда выключали свет. На короткое время успокаивался, засыпал, но быстро просыпался.

Через 2 сут., на фоне лечения таблетированным галоперидолом и инъекционным реланиумом, поведение упорядоченное. Правильно ориентирован. Связно отвечал на вопросы. Врачу сообщил, что видел себя в большой незнакомой палате с выключенным светом, заполненной какими-то людьми. Видел их в темноте плохо, как «неясные тени». Почему-то понял, что это «гастарбайтеры». Они шумели, играли в карты, мешали спать, на его обращения и вопросы не отвечали. Слышал, как гастарбайтеры говорили друг другу: «Он нам мешает. Может, его убить?» Со смущением соглашался, что, наверное, перенес психическое расстройство. Но теперь «все встало на свои места».

У Д. был послеоперационный гипнагогический делирий, перемежавшийся эпизодами спутанности.

19.3. Непсихотические расстройства у соматически больных

Это обширная область, относящаяся к пограничной психиатрии, включающая разнообразные варианты и весьма частая. В соответствии с достаточно обоснованным мнением, все хронические соматические заболевания, особенно в периоды обострений и декомпенсаций, сопровождаются непсихотическими соматически обусловленными расстройствами (В.В.Ковалев, В.П.Белов, 1967).

Их принято разделять на 3 группы:

- соматогенные неврозоподобные состояния;
- патологические реакции личности на болезнь;
- патологические формирования личности у соматически больных.

19.3.1. Соматогенные неврозоподобные нарушения

К ним относят расстройства, клинически сходные с неврозами, но имеющие не психогенную, а соматически обусловленную природу. Нев-

розовоподобные состояния могут иметь клиническое подобие с любыми формами невротических расстройств. Соответственно выделяют неврастеноподобные, истероподобные нарушения, неврозоподобные фобии.

Особенно часты и актуальны *неврастеноподобные состояния*, или *соматогенная астения*. Соматогенные астенические расстройства знакомы почти каждому. Типичные проявления соматогенной астении: чрезмерная утомляемость при умственной и, особенно, при физической нагрузке, раздражительность, слабодушие, нарушения сна, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, разнообразные симптомы вегетодистонии. В последние десятилетия весьма популярно такое понятие, как «синдром хронической усталости». По существу это сборная группа астений различного генеза. Одни авторы считают этот симптомокомплекс результатом недостаточно изученной вирусной инфекции, другие — следствием измененной иммунной системы, третьи — итогом нездорового образа жизни.

Практически актуальны упорные астенические жалобы, которые трудно объяснить стрессовой ситуацией или хронической соматической патологией. Так, стойкая утомляемость, эмоциональная лабильность, повышенная потливость, субфебрилитет и другие признаки длительных вегетативных нарушений дают основания для тщательного соматического обследования и поисков нераспознанной висцеральной патологии.

Выраженность астении, ее нарастание или ослабление — важный показатель тяжести общего состояния соматически больных и ее динамики.

При тяжелых, прогрессирующих заболеваниях, злокачественных новообразованиях, хронических инфекциях возможны особо тяжелые астении в виде астенопатических, астенодинамических состояний с резкой истощаемостью, безучастностью, почти полной неподвижностью, отсутствием интереса к своей участи, молчаливостью («бодрствующая кома», «смерть с открытыми глазами»). Их прогноз неблагоприятный или, в лучшем случае, сомнительный. Такие состояния не имеют клинического сходства с неврозами и не должны называться неврозоподобными. По тяжести они близки к психозам и могут быть квалифицированы как субпсихотические.

Соматогенные истероподобные нарушения проявляются жалобами на ощущение «комка» или спазмов в горле, внутреннее дрожание, шепотной речью, слабостью в ногах, в обидчивости, перепадах настроения, утрированном эгоцентризме, наигранности, рисовке поведения, ипохондрических установках. Особенно часто встречаются в климактерическом периоде.

Для *неврозоподобных фобий* характерны ипохондрические страхи смерти, наличия той или иной опасной болезни с витальной окраской. Частота и содержание неврозоподобных страхов в целом соответствуют основным причинам смерти: преимущественно встречаются кардио-,

инфаркто-, инсульто-, канцерофобии. В части случаев критика к соматогенным фобиям и попытки к сопротивлению им и их преодолению отсутствуют, и тогда фобии носят не навязчивый, а сверхценный характер. Они относительно часто встречаются у больных инфарктом миокарда, при панических атаках, других пароксизмальных сердечно-сосудистых расстройствах.

Ипохондрические страхи могут трансформироваться в ипохондрический бред. Наличие верифицированной висцеральной патологии не исключает возможность ипохондрических бредовых переживаний.

19.3.2. Патологические реакции личности на соматические заболевания

Выявление соматического заболевания во многих случаях ставит личность в стрессовую ситуацию, тяжесть и длительность которой варьирует в широком диапазоне, что зависит от множества факторов: тяжести и предполагаемого прогноза заболевания, степени информированности пациента о болезни, ее достоверности, выраженности субъективных признаков болезни, личностных особенностей и т.д.

Психотравмирующие ситуации, порождаемые болезнью, многоаспектны. К ним относятся:

- болезнь как угроза здоровью и жизни, высокая вероятность летального исхода;
- мучительные соматические нарушения, например хронический болевой синдром;
- стойкое снижение или утрата трудоспособности, особенно в молодом возрасте;
- ослабление потенции, противопоказания к беременности;
- трудности в устройстве личной жизни;
- невозможность по соматическим причинам удовлетворять различные потребности и интересы;
- ухудшение материального положения;
- проблемы общения, например, из-за страха заражения окружающих или физическая немощь.

Многие соматические болезни, особенно неизлечимые, прогрессирующие, с фатальным течением и прогнозом, ставят личность в трудно выносимое положение; «подрывают корни существования личности». Оценка и коррекция реакций личности на болезнь относятся к числу важнейших сторон медико-психологической деятельности врача.

Реакции личности на болезнь могут быть как нормальными, адекватными, так и патологическими. К основным признакам патологического реагирования личности на соматическое заболевание относятся:

- переживание пациентом психотравмирующей ситуации, связанной с висцеральной патологией как болезненной, побуждающей к обращению за медицинской помощью;
- возможность синдромальной квалификации, психопатологической оценки личностных реакций на болезнь;

- наличие «понятных» смысловых связей, соответствующих особенностям психологической сущности психической травмы, порожденной болезнью.

Патологические реакции личности на болезнь фактически являются *невротическими расстройствами*.

Аномальные реакции личности на соматическое заболевание многочисленны и разнообразны. Различают до 20 вариантов таких реакций. Однако для практических потребностей достаточно выделять всего несколько наиболее частых и практически важных типов реакций на болезнь:

- депрессивные и тревожно-депрессивные реакции;
- анозогнозические;
- ипохондрические;
- истерические.

Неглубокие *депрессивные реакции* самые распространенные, обычно имеют тревожную, слезливую или астеническую окраску.

Депрессивному переживанию болезни способствуют склонность к пессимизму, ранимости, пугливости. Возникают при самых разных соматических заболеваниях, особенно если висцеральная патология приводит к трудно восполнимому физическому, депримирующему или иному ущербу.

Истерические реакции на болезнь чаще возникают при соматических расстройствах, представляющих больного в невыгодном, дискредитирующем свете (рвоты, диарея и т.д.), истероидных чертах личности, при неумеренном поощрении капризов и притязаний окружающими, признаках психического инфантилизма.

К *ипохондрическим реакциям* предрасполагают тревожно-мнительные, ананкастические черты, повышенная внушаемость, «неумение», «отсутствие привычки болеть», одновременное наличие целого набора разнородных соматических расстройств. Существует мнение, что сочетание пяти и более различных соматических заболеваний — признак непсихотической (небредовой) ипохондрии, по мнению других — трех.

Анозогнозия — «отсутствие чувства и сознания болезни», или реакция «игнорирования болезни» (полное отрицание болезни — *анозогнозия*, частичное отрицание — *гипоанозогнозия*). Анозогнозия приводит к особо пагубным последствиям на течение и прогноз заболевания. Так, один из больных после выявления бациллярной формы туберкулеза легких, чтобы заработать на машину, зная о болезни, уехал в длительную командировку, где работал в тяжелых условиях. В итоге возникла необходимость операции на легком и оформления инвалидности.

Другой пациент с той же соматической патологией отказывался от лечения, пока не получит квартиру, положенную ему как бациллярному больному. Ко времени получения квартиры инфильтативно-пневмоническая форма трансформировалась в кавернозную.

Возникновению анозогнозических реакций способствуют невысокий интеллект, частые алкоголизации, малая выраженность субъектив-

ных признаков болезни, ее асимптомное течение, черты возбудимости, склонность к антисоциальным действиям.

19.3.3. Патологическое формирование личности при соматических заболеваниях

При хронической висцеральной патологии на основе фиксации невротоподобных нарушений и длительного пребывания в стрессовой ситуации, связанной с соматопатией, у многих пациентов происходит деформация личности, которая приобретает стойкие патологические свойства характера. Патологические изменения личности многообразны. Известны астенические, тревожно-мнительные, ипохондрические, истерические, возбудимые, сутяжные, шизоидные и другие варианты патохарактерологических изменений у соматически больных. Наиболее типичные личностные сдвиги при хронических соматических заболеваниях выражаются в появлении и нарастании эгоизма, эгоцентризма, сужении и обеднении круга интересов, чрезмерном сосредоточении внимания на состоянии физического здоровья, повышенном уровне тревожности, раздражительности, конфликтности, в ограничении нагрузок и активности, пониженном эмоциональном фоне, необоснованных попытках извлечь выгоду из болезни, задержке психического развития, инфантилизме. Патологическое формирование того или иного типа личности у соматически больных определяется преморбидными свойствами характера, особенностями висцеральной патологии и многими другими факторами. Патологизация личности у соматически больных, как правило, относительно неглубокая, не достигает уровня расстройств личности (психопатии).

Более подробное описание различных вариантов патологического формирования личности при соматогениях — см. в главе 13.

С., 43 года. С детства частые простудные заболевания, в подростковом возрасте и в молодости перенес несколько пневмоний. Поздно обращался к врачам. Как только самочувствие улучшалось, прекращал лечение. С 23 лет по настоящее время страдает гнойным двусторонним гайморитом, к которому позднее присоединились фронтит, этмоидит, хронический бронхит. Уклонялся от обследования и лечения. В 35 лет диагностирована хроническая пневмония. Выделяет за сутки «до стакана» гноя. Из-за регулярных обострений неспецифического легочного процесса часто госпитализируется. Постепенно нарастают вялость, утомляемость, одышка, потливость. «Не помнит», когда чувствовал себя здоровым. Оформил инвалидность II группы (работал на руководящей должности в конструкторском бюро). После инвалидизации стойко понизилось настроение, особенно когда понял, что выздоровление невозможно.

В прошлом был человеком с «легким характером», общительным, оптимистом, деятельным, успешным, с разнообразными интересами. Постепенно и незаметно «переродился и не в лучшую сторону». Появились угрюмость, ворчливость, постоянное недовольство собой и членами се-

мы. Тяжело пережил разрыв с женой, которая забрала сына и заявила, что с ним «невозможно жить» и что она устала от его «бесконечных болезней». В последние годы резко поменялся весь «образ жизни». Живет один. Привык к одиночеству. Растерял многих приятелей. Из-за постоянной слабости с трудом себя обслуживает. От многих прежних интересов вынужденно отказался, завел новые. «Забыл» об охоте, туризме, театре. Занимается аквариумистикой, чтением исторической литературы. Сына видит редко и особенно не скучает. Всячески избегает сквозняков, простуд. Редко выходит из дома. Временами возникают мысли: «а нужна ли такая жизнь?» Основными жалобами остаются вялость, бессилие, бесперспективность существования.

У С. на фоне анозогнозии, способствовавшей хронификации пневмонии, развились стойкая соматогенная астения и субдепрессия. Болезнь поставила пациента в трудную, неразрешимую ситуацию и привела к патологическому формированию личности по астеническому типу.

Диагностика соматогенных психических расстройств

Соматогенные психические нарушения диагностируются с учетом следующих показателей:

- наличие типичных для соматогенных расстройств психотических или непсихотических симптомокомплексов: состояний помраченного сознания, бредовых, галлюцинаторных, депрессивно-бредовых, депрессивно-галлюцинаторных симптомокомплексов, психоорганических, неврозоподобных и психопатоподобных состояний;
- наличие соматогенной астении;
- корреляции психических и соматических расстройств, которые не всегда очевидны и легко определяемы. Возможна как прямая связь (одновременная декомпенсация психических и соматических расстройств), так и обратная;
- витальная окраска симптоматических психических расстройств (переживание этих расстройств как физического страдания).

Практическая значимость соматогенных и психических расстройств во многом совпадает. К возможным наиболее существенным негативным последствиям симптоматических психических расстройств относятся:

- социально опасные действия, риск агрессии, физического ущерба, грубых нарушений поведения под влиянием помрачения сознания, императивных галлюцинаций, острых бредовых переживаний, речедвигательного возбуждения;
- завершенные (закончившиеся летальным исходом) и незавершенные суицидальные действия. Связь суицидального поведения с соматогенными расстройствами в одних случаях тесная и прямая, в других — опосредованная. К факторам повышенного

суицидального риска у соматически больных относятся: тяжелая депрессия, дисфория, высокий уровень тревоги, безысходность, идеи самообвинения, одиночество, физические страдания, соматические болезни с фатальным исходом и информированность больного об этом, суицидальные попытки в анамнезе у пациента или у его родственников. Основные способы суицидальных действий — отравления, особенно психотропными и другими лекарственными средствами;

- анорексия, булимия, другие нарушения пищевого поведения;
- ухудшение прогноза и течения при патологических реакциях личности на соматическую болезнь, особенно при анозогнозических, ипохондрических вариантах.

Рубрикация психических расстройств при некоторых соматических заболеваниях в МКБ-10

Соматические психические расстройства кодируются в разделе «Органические, включая симптоматические, психические расстройства». В этом разделе предусмотрено выделение диагностических рубрик:

- «Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами»;
- «Острое или подострое состояние спутанности»;
- «Острый инфекционный психоз»;
- «Расстройства личности и поведения вследствие физического заболевания»;
- «Другие психические расстройства вследствие физической болезни».

19.4. Особенности психических расстройств при некоторых соматических заболеваниях у взрослых

Психические нарушения у взрослых изучены в той или иной степени почти при всех формах соматической патологии. В соответствии с изложенной выше концепцией Бонгеффера, соматогенные психические нарушения малоспецифичны, обладают большим клиническим сходством, чем различиями между отдельными формами висцеральной патологии. Почти при всех соматических заболеваниях возможно развитие острых, подострых или затяжных непсихотических психических расстройств, личностных изменений, а при вовлечении в патологический процесс центральной нервной системы — психоорганических расстройств от церебрастении и вплоть до деменции. Различия соматогенных психических расстройств при разных висцеральных заболеваниях зависят от остроты, распространенности патологического процесса, особенностей патогенеза, личностного склада, пола, возраста, своеобразия течения и тяжести основного заболевания и многих других характеристик. Далее кратко изложены типичные проявления психических расстройств при ряде соматических заболеваний.

Ревматизм. Возможны затяжные ревматические психозы, обладающие значительным сходством с параноидной шизофренией, включающие вербальные галлюцинации, бред преследования, рудиментарные психические автоматизмы. При нейроревмоваскулите встречаются нарушения психосенсорного синтеза, эпилептиформные приступы, признаки мнестико-интеллектуальной недостаточности, другие проявления психоорганического синдрома, а также гипнагогический делирий, пределириозные состояния, кардиофобии, диффузная ипохондричность на астеническом фоне.

Грипп, ОРВИ, пневмонии. На высоте гипертермии и интоксикации психические нарушения чаще ограничиваются астенией, адинамией, вегетодистонией. Астеновегетативные нарушения нередко затягиваются на недели и месяцы. При одних эпидемиях гриппа чаще развиваются депрессии, при других — гипомании, что связано с особенностями возбудителя. Тяжелые формы гриппа и пневмония иногда приводят к эпилептиформным реакциям, психоорганическим нарушениям, делириозному помрачению сознания, оглушению.

Туберкулез легких. Вопреки ожиданиям, туберкулезные психозы возникают редко. Иногда они бывают следствием побочного действия туберкулостатических средств. Характерны затяжные астенические состояния, обусловленные туберкулезной интоксикацией. Многим больным свойственна анозогнозия, усугубляющая течение легочного процесса. Маниакально-эйфорические состояния преимущественно развиваются при фиброзно-кавернозной форме туберкулеза легких. Неоднократно описана своеобразная шизоидизация личности, наступающая при значительной давности и прогрессирующем течении легочного туберкулеза.

Психозэндокринный синдром. В последние десятилетия получил широкое признание психозэндокринный синдром (М.Блейлер). Для эндокринных заболеваний характерны аспонтанность, замедление всех психических процессов, апатическая или депрессивная окраска эмоций, некоторое снижение, упрощение мнестико-интеллектуальных процессов, ослабление влечений, потребностей в приеме пищи, питья, сне, сексуальном удовлетворении.

Диабет. Компенсированный диабет может годами не обнаруживать определяемых психических нарушений. Необходимость постоянно соблюдать диету, распорядок дня, другие ограничения способствуют формированию психической ригидности, педантизма.

Нередко встречаются невротизация личности, ипохондрическая или анозогнозическая реакция на болезнь, астено-депрессивные, тревожно-депрессивные состояния. Иногда возникают любые из возможных психозов.

При более злокачественном течении диабета бывают глубокая астения, анорексия, связанные со страхом перед едой, нажитое отвращение к пище. Психозы при диабете нередко имеют не истинно диабетиче-

ческую, а церебрально-сосудистую, инволюционную, психоорганическую природу, в редких случаях доходящую до деменции.

При остром нарастании гипо- и гипергликемии она начинается с оглушения, постепенно переходя в сопор и диабетическую или гипогликемическую кому. Часто бывают эпилептиформные припадки.

Тиреотоксикоз. На первый план выступают эмоциональные нарушения в виде слезливости, аффективной лабильности, вспышки раздражения, гнева и тревоги. Характерны избыточное напряжение, малопродуктивное стремление к деятельности, доходящее до суетливости, или дисфорическая депрессия.

Синдром гипопитарной недостаточности (болезнь Симмондса, синдром Шихана). Типичны резкая истощаемость, бессилие, выраженное ослабление аппетита и других влечений. Уже на начальных этапах болезни могут быть затяжные депрессивно-параноидные, галлюцинаторно-параноидные психозы, психомоторные расстройства от возбуждения до ступора. Выявляются депрессия, вялость, угнетение влечений. На отдаленных этапах болезни возможны психоорганические расстройства.

Менструальный синдром. Нередко менструальный цикл сопровождается преходящей раздражительностью, эмоциональным напряжением, снижением работоспособности, обидчивостью, головной болью и другими проявлениями вегетодистонии, заострением характерологических особенностей, в первую очередь истерических.

Послеродовые психозы. «Истинные» послеродовые психозы, обусловленные токсикозом, присоединением гнойной инфекции, сепсисом и другими послеродовыми осложнениями, чаще проявляются оглушением, спутанностью, вербальным галлюцинозом, тревожной, апатической, тоскливой депрессией или манией. Изучение отдаленных последствий послеродовых психозов, прослеживание судьбы больных свидетельствует, что до 2/3 случаев так называемых послеродовых психозов представляют собой спровоцированный родами приступ шизофрении или эндогенный аффективный психоз.

Злокачественные опухоли (онкопсихиатрия). Типична астения, нарастающая параллельно утяжелению интоксикации. Бывают тяжелые реактивные депрессии с суицидальными мыслями (не исключены попытки ухода из жизни). При злокачественных новообразованиях нередко встречаются реакции анозогнозии (отрицание болезни по компенсаторному механизму вытеснения непереносимой ситуации). Однако чаще возникают скрытая, но весьма глубокая депрессия без выраженных внешних признаков аффективных расстройств, и, порой, избегание обсуждения болезни.

На высоте интоксикации возможны разнообразные психозы: делирий с возбуждением, галлюцинаторные, галлюцинаторно-бредовые состояния, сумеречное или сновидное помрачение сознания, оглушение (особенно при мозговой локализации опухоли), адинамический ступор, спутанность (на предтерминальном этапе).

Инфаркт миокарда. В остром периоде чаще возникают два во многом полярных варианта психических нарушений. При одном из них развивается моторное беспокойство, вплоть до возбуждения, с тревогой и ипохондричностью. В других случаях больным свойственны недостаточное чувство и сознание болезни, умеренная эйфория вследствие гипоксии и эйфоризирующего действия анальгетиков или наркотических средств, нарушение постельного режима, других предписаний врачей.

Возможны разнообразные субпсихотические эпизоды.

19.5. Особенности соматогенных психических нарушений у детей и подростков

Симптоматические психические расстройства у подростков отличаются некоторой незавершенностью, стертостью, по сравнению со взрослыми. У детей своеобразие соматогенных психических нарушений более выражено, хотя особые, свойственные только детскому возрасту варианты симптоматических нарушений психики неизвестны.

Острые соматогенные психозы у детей встречаются относительно редко. Возможны делирий, сумеречные состояния, оглушение (от обнубиляции до сопора), аменция. Сновидное помрачение сознания встречается достаточно редко. Вместе с тем делирий и эпизоды спутанности в рамках висцеральной патологии у детей и подростков бывают чаще. Последние проявляются нарушением ориентировки, аффектом недоумения, тревогой, страхами, беспорядочными высказываниями, двигательным беспокойством, суебливостью, быстрой утомляемостью, отдельными иллюзорными восприятиями.

Специфические инфекции раннего детского возраста с высокой гипертермией часто сопровождаются двигательным и речевым беспокойством, бессвязностью речи, страхами. Вызванному на дом участковому педиатру часто приходится слышать от родителей, что «ребенок бредит». С позиции психиатрии, имеет место не бред, а зрительные галлюцинации, т.е. возникает лихорадочный делирий.

Н., 7 лет, заболела скарлатиной. Гипертермия до 38,5°C. Три вечера подряд на высоте лихорадочного состояния была беспокойной, пыталась вскакивать с постели. Что-то выкрикивала. То сбрасывала с себя одеяло, то накрывалась с головой. На вопросы родителей не отвечала, иногда говорила что-то непонятное. Просила выгнать мартышек. Сильно потела. В последующие дни стала спокойной. Температура понизилась до субфебрильных цифр. Понимала, где находится. Узнавала мать. Рассказала, что ночью «видела» черных обезьян. Казалось, что находится в зоопарке. Особенно много обезьян сидело в платяном шкафу. Почувствовала, как одна из них забралась к ней под одеяло, хотела укусить. Одна обезьяна говорила человеческим голосом, запрещала есть. Не верила, что обезьяны ей только казались. Ведь они были «совсем как настоящие».

Девочка во время скарлатины перенесла инфекционный делирий со зрительными, вербальными, тактильными галлюцинациями и иллюзиями.

Дети трудно переносят длительное多月месячное лечение с постельным режимом, сенсорной депривацией и изоляцией, и другими неблагоприятными факторами (например, вследствие костного туберкулеза). В таких условиях возникают различные задержки психического развития (инфантилизм), госпитализм, отставание в формировании интеллекта, запаса знаний, навыков общения и речевого развития, преимущественно функционального характера.

У детей и особенно у подростков чаще, легче и в более выраженном виде возникают астенические состояния и синдром двигательной расторможенности со слабой концентрацией внимания.

В детско-подростковом возрасте своеобразны реакции личности на соматическую болезнь. Возрастная незрелость, недостаточная информированность о болезни способствуют более частым анозогностическим реакциям, вызывают необходимость постоянного и особенно тщательного контроля за соблюдением больными детьми лечебных рекомендаций. Вместе с тем необходимость хирургического вмешательства, детская пугливость, впечатлительность могут приводить к более отчетливым депрессивным и ипохондрическим переживаниям.

У подростков и особенно у детей наблюдается повышенная готовность к возникновению делирия и эпилептиформных реакций. Известно такое понятие, как лихорадочный делирий. В дошкольном возрасте преобладают abortивные варианты делирия (гипнагогический, парейдолический). Истинные зрительные галлюцинации возникают у соматически больных детей начиная с 9—10-летнего возраста.

Лечение и профилактика симптоматических психических расстройств

Лечение соматогенных психических расстройств у взрослых и детей, как правило, носит комплексный характер, включает и психофармакотерапию, и психотерапию.

При медикаментозном лечении используют все классы психотропных средств, выбор которых в первую очередь определяется клинической картиной расстройства, его тяжестью и спектром действия препаратов. С учетом предполагаемых или установленных патогенетических механизмов симптоматических расстройств чаще применяются общеукрепляющие, физиотерапевтические, вегетостабилизирующие и другие лечебные методы. Психотерапия особенно показана при непсихотических расстройствах. Чаще проводится когнитивная, поведенческая, суггестивная и аутосуггестивная психотерапия у взрослых и детей.

При необходимости лечение осуществляется совместно психиатром и врачом-специалистом по профилю заболевания (хирургом, кардиологом и др.). Стационарное лечение преимущественно осущест-

вляется в психосоматических, а точнее в соматопсихиатрических отделениях.

Из психофармакологических препаратов предпочтение отдается мягким, или малым, нейролептикам, их уменьшенным дозам и капельным формам (сонапакс, неулептил, галоперидол), лучше переносимым антидепрессантам (азафен, паксил, феварин, пиразидол), транквилизаторам небензодиазепинового ряда (атаракс, триттико, сомнол). У детей с симптоматическими психическими расстройствами особенно широко применяются для коррекции поведения неулептил, сонапакс. Необходимо делать поправки при определении доз психотропных средств у детей и подростков.

Эффективность профилактики соматогенных психических расстройств определяется своевременностью диагностики висцеральной патологии и адекватностью лечения. Практически важны продуманный психотерапевтический подход, формирование адекватной реакции личности на болезнь, предупреждение анозогнозии, ятрогений и других психотравмирующих влияний, к которым особенно чувствительна детская психика.

19.6. Интоксикационные психические расстройства

Острые и хронические отравления различными токсическими веществами могут вызвать как психозы, так и непсихотические расстройства (неврозоподобные, психоорганические).

Острые интоксикационные психозы после завершения действия яда или его токсических последствий заканчиваются выздоровлением (после периода астении) либо, если действие на мозг оказалось непоправимым, приводят к психотическим и непсихотическим расстройствам органического генеза (психоорганический, корсаковский синдромы и др.).

Интоксикационные психические расстройства развиваются также при передозировке некоторых лекарств или особой чувствительности к ним (лекарственные психозы), а также при острых и хронических отравлениях разными ядами в быту и на производстве (в промышленности и сельском хозяйстве).

19.6.1. Психические расстройства при острых интоксикациях

Клинические проявления

Особенности клинической картины интоксикационных психозов заключаются в том, что один и тот же токсический фактор в зависимости от дозы, скорости воздействия и индивидуальных особенностей организма способен вызывать разные синдромы. Однако один и тот же синдром по механизму «экзогенный тип реакции» может встречаться

при отравлении многими веществами. Но существуют «предпочтительные синдромы», наиболее часто наблюдаемые при определенном виде отравления.

Психопатологические проявления острых психозов, вызванных различными ядами, имеют много общего. Чаще всего наблюдаются синдромы делириозный, онейроидный и синдромы выключения сознания: оглушение, сопор и кома. Реже наблюдаются маниакальноподобные, параноидные психозы, галлюцинозы с критическим отношением к переживаниям и состояния спутанности (аментивный синдром).

Интоксикационный *делирий* проявляется яркими зрительными галлюцинациями, к которым могут присоединяться и другие. Критического отношения к галлюцинациям нет, ими определяется поведение. Ориентировка в окружающем нарушена. Делирий наблюдается как осложнение действия некоторых психотропных средств (лепонекса, тизерцина, мелипрамина), при отравлении атропином, циклодолом, при бытовых и производственных отравлениях (окисью углерода, тетраэтилсвинцом, анилином, бензином, сероводородом). Делирий наблюдается при тяжелых пищевых отравлениях: бутулизме, отравлении грибами.

Интоксикационный *онейроид* отличается от делирия двигательной пассивностью и погружением в созерцание фантастических переживаний. Наблюдается при отравлении ацетоном и эфиром.

Интоксикационные *оглушение, сопор и кома* наблюдаются при отравлении барбитуратами, большими дозами транквилизаторов, окисью углерода, фосфоорганическими соединениями, мышьяком, тетраэтилсвинцом, антифризом.

Интоксикационная *спутанность (аментивный синдром)* характеризуется полным непониманием окружающего, потерей ориентировки, растерянностью, бессвязностью речи, отдельными выкриками или стереотипно повторяемыми фразами, развивается при отравлении спорыньей и ее препаратами и фосфоорганическими соединениями.

Интоксикационные *параноиды* описывают при отравлении некоторыми стимуляторами: амфетамином, первитином, кокаином.

Интоксикационные *маниакальноподобные состояния* наблюдались при лечении малярии большими дозами акрихина и отравлении сероуглеродом. У этих больных эйфория не сопровождалась стремлением к деятельности.

Акрихиновый психоз

Акрихин — препарат акридинового ряда, который широко использовался для лечения малярии. Он длительное время не выводится из организма и при профилактическом применении возможна передозировка, приводящая к своеобразным психическим расстройствам, особенно в детском и юношеском возрасте.

Типичной формой акрихинового психоза является состояние острого маниакального возбуждения, которое начинается с бессонницы,

ощущения покалывания, ломоты и жжения во всем теле. Депрессивные формы встречаются реже. При первых признаках психоза требуются прекращение приема акрихина и дезинтоксикационная терапия.

Атропиновый делирий

Атропин — алкалоид, содержащийся в корнях скопилии, в семенах дурмана, белладонны и белены. Первыми признаками отравления являются резкое расширение зрачков, учащение пульса и дыхания. Больные утрачивают способность видеть близкие предметы, появляются дизартрия и атаксия, головная боль и тошнота.

Затем возникает резкое двигательное возбуждение со спутанностью сознания гиперкинезами и общим тремором. Это сопровождается зрительными и тактильными галлюцинациями. Больные видят яркий свет, цветные фонарики, шары, толпы людей, чувствуют, что по телу бегают насекомые и мелкие животные.

Такой делирий возникает при отравлении скополамином и беленой.

Г.Е.Сухарева приводит следующий случай.

Мальчик, 10 лет. По словам матери, днем гулял с ребятами в поле, придя домой, жаловался на головную боль, лег в постель и проспал около часа-полтора, проснувшись, был возбужден, не узнавал окружающих, разговаривал с отсутствующими товарищами, видел, как из щелей вылезают пауки, бумажки на полу принимал за маленьких щенков, ловил «шоколадных бабочек», собирал землянику на полу.

Утром по дороге в больницу видел змей, в больнице испытывал страх, пытался убежать, не узнавал родных, видел гусей, принимал ключ за револьвер. Временами становился спокойнее, рассказал, что нюхал какие-то белые цветы, но не ел их. У ребенка сильно болел живот, кружилась голова, была сухость во рту.

После выхода из болезненного состояния рассказал, что видел много черных крыс, которые прыгали, серые лягушки собрались в кучу и дрались. С критикой относился к галлюцинациям.

Диагноз: Симптоматический психоз в связи с отравлением атропином (беленой).

Психозы при отравлении угарным газом (оксидом углерода)

В случаях острого отравления быстро возникают головная боль, обморочное состояние, тошнота, потливость, расширение зрачков и оглушенность, переходящая в кому. По выходе из комы наблюдается двигательное возбуждение с аффектом страха, зрительными и обонятельными галлюцинациями. Делирий продолжается 1–2 дня, после чего обнаруживается корсаковский синдром и в ряде случаев паркинсонизм.

Отравление окисью углерода относится к тяжелым интоксикациям, в основе которых лежат грубые органические изменения в ЦНС.

Тетраэтилсвинцовый психоз

В течении развивающегося психоза различают три стадии: астеническую, расцвета симптоматики, выздоровления.

Первыми признаками начинающегося психоза являются жалобы на слабость, непереносимость яркого света и шума, тревога, чувство тоски и озабоченности.

Наряду с этим развиваются бессонница, кошмарные сновидения и устрашающие гипнагогические галлюцинации. Появляется типичный симптом инородного тела во рту (ощущение волос, нитей, щепочек). Со стороны нервной системы наблюдаются дизартрия и атаксия, триада вегетативных симптомов: гипотония, брадикардия и гипотермия. Переход в делерантную стадию происходит незаметно и начинается с ярких зрительных галлюцинаций. Вместе с галлюцинациями возникают чувство сильнейшего страха и резкое двигательное возбуждение. При тяжелых отравлениях галлюцинации и страхи ослабевают, развивается оглушение, переходящее в коматозное состояние. Переход к стадии выздоровления происходит медленно, несколько месяцев сохраняется выраженное астеническое состояние.

Психические расстройства при отравлении барбитуратами

При остром отравлении вначале возникают явления, напоминающие алкогольное опьянение. Больные становятся эйфоричными, благодушными, шутят, смеются, перескакивают с одной темы на другую, становятся суетливыми. Постепенно нарастает двигательное возбуждение и утрачивается способность правильно ориентироваться в окружающем, связно отвечать на вопросы. В ряде случаев наблюдается делириозная спутанность с яркими зрительными галлюцинациями. В случаях тяжелого отравления наступают глубокая кома и смерть.

При отравлениях средней тяжести через 3–4 дня постепенно возвращается сознание, но остается резко выраженное расстройство памяти, напоминающее корсаковский синдром, отмечаются мышечная слабость, замедленность движений, вялая, едва слышная речь.

При длительном употреблении барбитуратов возникает к ним привычка, не приводящая к видимым расстройствам психики. Однако внезапное лишение организма этих препаратов может вызвать делириозное расстройство и эпилептиформные припадки.

19.6.2. Психические расстройства при хронических интоксикациях

При хронической интоксикации многими ядами можно выделить две стадии: неврозоподобную и психоорганическую.

Неврозоподобная стадия проявляется астеническим, астеноипохондрическим, астенодепрессивным синдромами. Реже наблюдаются истероидный (при хроническом отравлении бензином) и астенообсессивный (на фоне психастенической или сенситивной акцентуации). При отравлении ртутью астения сочетается с аффективной лабильностью.

Психоорганическая стадия формируется либо на фоне неврозоподобных расстройств, либо ее симптомы появляются с самого начала хронической интоксикации и нарастают (при отравлении мышьяком, барбитуратами, ацетоном).

Больные утрачивают способность запоминать новое, испытывают трудность в сосредоточении, рассеянны, с трудом переключают внимание. Теряется сообразительность, утрачивается быстрота ориентировки в окружающем и ситуациях. В тяжелых случаях развивается псевдопаралитический или корсаковский синдром.

Хронические параноидные синдромы описаны при хронической интоксикации фенамином и фосфорорганическими соединениями.

19.6.3. Диагностика и лечение

Острые интоксикационные делирий и онейроид часто заканчиваются выздоровлением после периода астенического состояния. Тяжелые делирии могут предшествовать развитию корсаковского синдрома. В этих случаях улучшение наступает медленно, через несколько месяцев или лет. В ряде случаев за острым психозом может выявиться психоорганический синдром.

При хронических интоксикациях неврозоподобные нарушения после прекращения действия токсических препаратов постепенно сглаживаются, но обычно проходит несколько недель или месяцев. Способствуют выздоровлению активное общеукрепляющее лечение и дезинтоксикация. Психоорганические расстройства обычно стойки и при усложнении могут достигать степени органического слабоумия. Нарушения памяти и внимания требуют длительного лечения. Интоксикационные параноиды, мании и депрессии обычно редуцируются при прекращении действия токсических агентов.

Диагностика

Острые интоксикационные психозы следует дифференцировать от алкогольного делирия и острых инфекционных психозов.

Интоксикационную природу оглушения, сопора и комы удастся установить по анамнестическим данным и сведениям об отравлении и подтвердить исследованиями крови и мочи для обнаружения токсических веществ.

Неврозоподобные интоксикационные расстройства развиваются без предшествующей психотравмирующей ситуации. О психоорганическом интоксикационном синдроме можно думать, если отсутствуют данные о других заболеваниях, которые вызывают психоорганическое расстройство (травмы, инфекции, сосудистые заболевания мозга и др.).

Лечение

С целью дезинтоксикации при острых психозах используют гемосорбцию, гемодиализ, вливание глюкозы, мочегонные средства и др.

При возбуждении, делирии и онейроиде рекомендуется назначать транквилизаторы и избегать назначения нейролептиков, которые противопоказаны при отравлениях барбитуратами и окисью углерода. Рекомендуется начинать лечение интоксикационных параноидов и маний с транквилизаторов и только при их неэффективности переходить к нейролептикам.

При неврозоподобных и психоорганических расстройствах рекомендуется сочетать транквилизаторы, ноотропы и легкие стимуляторы (настойка лимонника, женьшеня, заманихи, экстракты левзии, радиолы, элеутерококка и др.).

Профилактика

Ядовитые вещества, употребляемые в быту, должны храниться и использоваться в соответствии с прилагаемой инструкцией.

Профилактика интоксикаций на производстве — это задачи гигиенистов труда, которые разрабатывают предельно допустимые дозы воздействия токсических веществ.

Глава 20.

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия является одним из наиболее частых психических заболеваний в детском и подростковом возрасте. По различным данным, заболевание эпилепсией в 70–80% случаев начинается до 20 лет.

По мнению В.Пенфильда, сведения о возрасте, в котором начались припадки, помогают установлению генеза эпилепсии:

- 2 года — родовая травма, врожденные причины;
- 2–10 лет — родовая травма, инфекционный тромбоз, криптогенная форма (генуинная, идиопатическая);
- 10–20 лет — криптогенная форма, травма;
- 20–35 лет — травма, новообразования;
- 35–65 лет — новообразования, травма, атеросклероз;
- 65–70 лет — атеросклероз, новообразования.

Большая частота начала эпилепсии в детском возрасте объясняется повышенной судорожной готовностью детского мозга, не закончившего своего онтогенетического развития.

Эпилепсию называли «падучей болезнью», «черной немочью», болезнью Геркулеса, лунной болезнью, в Древней Руси еще называли «лихая болезнь», «детинец». П.И.Ковалевский в 1898 г. насчитал 41 название эпилепсии.

«Человек, пораженный внезапно припадком
Часто у нас на глазах, как от молнии удара на землю
Падает с пеной у рта, дрожа всеми членами. Стонет,
Нет сознания в нем, сведены его мускулы корчей,
Дышит прерывисто он и, разбитый, лежит обессилен.
После ж, как вспять повернет источник болезни и
В недра едкая влага назад, отравляющая тело, вернется,
Как в опьянении, больной мало-помалу
В чувство приходит опять, и душа его вновь оживает»

Тит Лукреций Карр (99–55 г. до н.э.)

Перевод Ф.А.Петровского, цит. по В.М.Трошину с соавт. (1997).

20.1. Пароксизмальные расстройства

Клинические особенности

По локализации клинические проявления при эпилепсии делятся на парциальные и генерализованные пароксизмы.

Парциальные пароксизмы разделяют на простые и сложные.

При *простом парциальном приступе* наблюдаются пароксизмы без полного выключения сознания. По мнению ряда авторов, клинические проявления простого парциального приступа позволяют определить локализацию патологического процесса: при моторных приступах — лобная доля, при онемении и покалывании — париетальная, при непроизвольных жевательных движениях и чмокании — передняя височная доля, при визуальных галлюцинациях — затылочная доля, при поведенческих автоматизмах — височная доля.

Роландическая эпилепсия считается доброкачественной детской парциальной эпилепсией и проявляется моторными, сенсорными и вегетативными приступами. Возникновение приступов наблюдается в возрасте от 2 до 14 лет. Проявляется чаще односторонними тоническими и клоническими судорогами лица, губ, языка.

Доброкачественная затылочная эпилепсия возникает в возрасте 2—12 лет и характеризуется простыми сенсорными пароксизмами: зрительными галлюцинациями и иллюзиями типа макро- и микросий.

При *сложных парциальных приступах* (C40.2 в МКБ-10) наблюдается полное выключение сознания и совершаются автоматические бесцельные движения, иногда это сопровождается переживанием «*déjà vu*» или «*jamais vu*».

Генерализованные припадки разделяют на судорожные и бессудорожные.

Генерализованный судорожный припадок (G43 в МКБ-10) у ребенка начинается с крика, потери сознания, затем наблюдаются судороги, состоящие из двух фаз: тонической и клонической (см. описание припадков в главе 11). После судорожных фаз наступает глубокий сон. Отмечено, чем моложе возраст ребенка, тем менее продолжителен и глубок сон. У некоторых детей после припадка возникают сумеречные состояния с двигательным возбуждением, с агрессией и эмоциональной напряженностью, иногда ступором (Сухарева Г.Е., 1974). В сумеречном состоянии могут быть галлюцинации, бредовые идеи преследования и отравления. Воспоминаний об этом периоде не сохраняется.

Эпилептический статус — состояние, при котором наблюдаются непрерывные повторные припадки и в период между приступами не наступает полного восстановления сознания. Частота припадков может достигать до многих десятков. Кроме частоты имеет значение и продолжительность припадка. Считается, что ребенок находится в эпилептическом статусе, если генерализованные или очаговые судороги продолжаются более 30 мин.

Эпилептический статус у взрослых осложняет течение эпилепсии в 5% случаев, а у детей в 18%. Частота эпилептического статуса у детей до 1 года в 10 раз выше, чем у детей старшего возраста. (Hauser W.A., 1982).

Эпилептический статус — ургентное состояние, требующее немедленного проведения реанимационных мероприятий.

Эпилептический статус провоцируется прекращением или нерегулярным лечением и различными экзогенными вредностями: интоксикациями, инфекциями, черепно-мозговыми травмами.

Генерализованные бессудорожные припадки

Малые припадки (*petit mal*) особенно часто встречаются в детском возрасте. Для них характерны следующие признаки:

- отсутствие предвестников и ауры;
- внезапное возникновение;
- нарушение сознания;
- кратковременность приступа;
- амнезия всего припадка или его части;
- быстрый выход из припадка;
- отсутствие постприпадочных нарушений: спутанности сознания, постприпадочного сна (Трошин М.В. и др., 1997).

У детей наиболее часто наблюдаются **абсансы** (G40.7 в МКБ-10). Абсансы проявляются кратковременной потерей сознания на 2–15 с, иногда с легким клоническим и вегетативным компонентом. Такие абсансы называют сложными.

Выделяют детский и юношеский варианты эпилепсии, протекающей с абсансами. Начало *детской абсанс-эпилепсии* приходится на возраст 2–9 лет, чаще заболевают девочки. Особенностью детской абсанс-эпилепсии является частота приступов до десятков и сотен в сутки. Осложнением является статус абсансов, при котором один абсанс следует за другим, провоцируется гипервентиляцией. В клинической картине наблюдаются заторможенность, слюнотечение, амимия. Продолжительность статуса абсансов может быть от нескольких часов до нескольких суток.

Начало при *юношеской абсанс-эпилепсии* наблюдается в возрасте от 9 до 21 года. Короткие выключения сознания сопровождаются застыванием и гипомимией. Припадки редкие — 1 в сутки и реже. Провоцируются гипервентиляцией и депривацией сна.

Пропульсивные (акинетические) припадки характеризуются движениями (пропульсиями), направленными вперед. Эти припадки наблюдаются в раннем возрасте до 4 лет и чаще у мальчиков. Разновидностью этих припадков являются кивки — кивательные движения головой — и клевки — резкие наклоны головы вперед и вниз.

Салам-припадки — движения, совершаемые во время припадка, напоминают поклоны при мусульманском приветствии и наблюдаются у мальчиков в возрасте 3–7 лет.

Ретропульсивные припадки делятся на клонические и рудиментарные, наблюдаются чаще у девочек в возрасте от 4 до 12 лет. Припадок

проявляется в закатывании глаз, отклонении головы назад, запрокидывании рук вверх и назад. Все эти движения сопровождаются мелкими клоническими подергиваниями. Рудиментарные ретропульсивные припадки характеризуются нистагмом, выпячиванием глазных яблок, миоклоническими судорогами век.

Пикнолепсия (пикноэпилепсия) возникает у детей 4–11 лет. Во время пароксизма, длящегося несколько секунд, расстраивается сознание, взор становится неподвижным, иногда закатываются глаза, голова запрокидывается и больной может совершать движения назад (ретропульсивный малый припадок).

Бессудорожные пароксизмальные состояния

Бессудорожные пароксизмы могут наблюдаться с помрачением сознания (сумеречные состояния сознания, просоночные или сновидные состояния, амбулаторные автоматизмы) и без нарушений сознания (дисфории, нарколептические и психомоторные припадки).

Большое место в клинических проявлениях эпилепсии занимают **сумеречные состояния сознания**, они разнообразны: от простых действий до сложной структуры поведения с возбуждением и агрессией или разрушительными действиями (см. главу 12).

Амбулаторные автоматизмы

Элементарной формой психомоторных автоматизмов у детей дошкольного возраста являются оральные автоматизмы. Они проявляются приступами глотания, жевания, чмокающих и сосательных движений на фоне сумеречных состояний или во сне. А.И.Болдырев (1971) считает, что оральные автоматизмы связаны с распространением эпилептического разряда из височной области.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста психомоторные автоматизмы проявляются в виде привычных движений: потирания рук, подпрыгивания, хлопанья в ладоши, раскладывания одежды, — возникающих на фоне сумеречного состояния сознания.

У младших школьников наблюдаются ротаторные приступы, выражающиеся вращательными движениями ребенка вокруг своей оси, также на фоне сумеречного состояния сознания.

В ряде случаев наблюдаются более сложные действия, например, больной начинает раздеваться в классе во время занятий или на улице.

Амбулаторные автоматизмы (от лат. *ambulo, ambulare* — ходить, приходить), во время которых ребенок совершает автоматизированные движения (бегает, ходит) и различные действия в сумеречном состоянии сознания, о чем после выхода из этого состояния не помнит.

Трансы — затяжные формы амбулаторного автоматизма, во время которых больной бесцельно блуждает по улицам или совершает поездки, иногда длительные, что редко наблюдается у детей и подростков.

К амбулаторным автоматизмам относятся **фуги**, при которых больной, находящийся в сумеречном состоянии, внезапно бросается бе-

жать, бежит какое-то время, затем приходит в себя и не помнит, что с ним произошло.

Пароксизмальный сомнамбулизм (снохождение) наблюдается у детей дошкольного и младшего школьного возраста, при этом ребенок ночью встает с постели, ходит по комнате, совершает ряд действий: перекладывает книги, одежду и т.п. Вступить в контакт с ребенком или разбудить его не удается, поведение полностью амнезируется. Пароксизмальный сомнамбулизм отличается от невротического и неврозоподобного стереотипным характером действий и возникновением в одно и то же время ночного сна. К моторным автоматизмам относят ряд случаев сногворения. Содержание высказываний — бессмысленный набор слов. Сногворение часто повторяется стереотипно и полностью амнезируется.

Амбулаторные автоматизмы могут проявляться состояниями с внешне относительно правильным поведением, которое внезапно переходит в агрессивное состояние и антисоциальные поступки. В этих случаях в структуре сумеречного помрачения сознания наблюдаются аффективные расстройства, бред и галлюцинации.

Психические автоматизмы наблюдаются у детей в виде ночных страхов, сновидных состояний сознания и пароксизмальных расстройств настроения. Ночные страхи характеризуются внезапным пробуждением, переживанием безотчетного страха, плачем, криком, иногда устрашающими галлюцинациями. Контакт с ребенком невозможен. Страхи возникают в одно и то же время и амнезируются.

К бессудорожным пароксизмам без помрачения сознания относят **аффективные пароксизмы**, эпизодически возникающие дисфории с тоскливо-злобным аффектом, немотивированной агрессией и аутоагрессией. В этом состоянии больные раздражительны, всем недовольны, придиричивы, мрачны и хмуры. У детей школьного возраста дисфории достаточно типичны. У детей дошкольного возраста дисфории проявляются в плаксивости, раздражительности, драчливости, упрямстве, стремлении делать назло, двигательной расторможенности.

К **корковым пароксизмам** различной локализации эпилептических очагов (теменно-височных, теменно-затылочных) относят **психосенсорные приступы**, которые проявляются в ощущениях изменений размеров и пропорций частей тела. Дети ощущают, что руки длинные, голова кажется большой, тело вытянутое или очень короткое. Окружающая обстановка воспринимается искаженной: стены кажутся наклонными, дома падающими, улицы тесными и т.п. Эти приступы протекают обычно без полного выключения сознания. У детей школьного возраста и подростков такие приступы сочетаются со сновидными состояниями.

20.2. Изменения психики при эпилепсии

Характерным признаком для изменений психики при эпилепсии является полярность аффекта, с одной стороны, выражающаяся в аффективной вязкости, застревании на особенно отрицательно окрашенных

событиях и эмоциональных переживаниях и аффективной взрывчатости, импульсивности с большой силой аффективного разряда — с другой (Краснушкин Е.К., 1936; Сухарева Г.Е., 1974).

Типичными чертами больных эпилепсией является эгоцентризм, аккуратность, доходящая до педантизма, чрезмерное стремление к порядку, ипохондричность и сочетание грубости, агрессивности с лстивостью и угодливостью по отношению к старшим и лицам, от которых больные зависимы. Об этом сочетании свидетельствует старое образное выражение: «С молитвой на устах и с камнем за пазухой».

По мнению Г.Е.Сухаревой, у детей наблюдаются патологические изменения глубинных слоев психики: инстинктов и влечений (инстинкт самосохранения, повышение влечений, с чем связана жестокость, агрессивность и усиленная сексуальность), а также замедленный темп психических процессов и хмурое, угрюмое настроение.

Нарушения интеллектуально-мнестических функций проявляются в замедленности, тугоподвижности мышления, склонности к детализации и снижении памяти.

Эти изменения чаще наблюдаются у взрослых и старших подростков, в детском возрасте имеют стертый характер. Более постоянно у детей школьного возраста наблюдается аффективная биполярность.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста нарушения атипичны, наблюдаются двигательная расторможенность, повышенная аффективная возбудимость, неустойчивость аффекта. Наблюдается контрастность в психомоторике, сочетание медлительности, тяжеловесности, плохой переключаемости движений с импульсивностью, склонностью к бурным двигательным разрядам (Г.Е.Сухарева). Инертность моторики проявляется и в речевых расстройствах: в смазанности речи, нечеткой артикуляции, монотонности голоса.

В ряде случаев в дошкольном возрасте обнаруживаются типичные «эпилептические черты» личности, такие как аффективная вязкость, злопамятность, мстительность, эгоцентризм, чрезмерное себялюбие, жадность, аккуратность, стремление наводить порядок, жаловаться на других детей. Считается, что наиболее выраженные изменения личности наблюдаются при височной эпилепсии.

В связи с тем, что эпилепсия у детей часто развивается на фоне раннего органического поражения головного мозга, в изменения личности включаются и проявления психоорганического синдрома: церебрастенические расстройства, истощаемость, расстройства внимания, головные боли, плохая память, не критичность, эйфория, психопатоподобное поведение. Обнаруживаются выраженные черты инфантилизма.

В.М.Морозов в 1967 г. дал определение эпилептическому слабоумию как *вязко-апатическому*, при котором наряду с тугоподвижностью психических процессов наблюдаются вялость, пассивность, безразличие к окружающему, тупое примирение с болезнью, мышление у этих больных вязкое, конкретно-описательное, утрачивается способность выделять главное, больной застревает в беседе на мелочах. Снижается память, беднеет

словарный запас (олигофазия). Становится менее выраженной аффективная напряженность, но сохраняются черты лстивости и угодливости.

Диагностика эпилепсии

В диагностике эпилепсии решающее значение принадлежит трем основным признакам: пароксизмальности расстройств, склонных к повторению, типичным эпилептоидным изменениям личности, прогрессивности расстройств, выражающихся в изменении, учащении и расширении пароксизмов и нарастании эпилептоидных черт характера с нарастанием признаков эпилептического (концентрического) слабоумия при неблагоприятном течении заболевания. Дополнительным признаком является эпилептическая активность, выявляемая при ЭЭГ. Для ранней диагностики эпилепсии имеет большое значение тщательный расспрос родителей о поведении ребенка, о наличии нарушений сна, внезапных пробуждений со страхами, снохождениях и сноговорениях, внезапных застываниях, вздрагиваниях, а также тщательный анализ соматовегетативных расстройств: головных болей, головокружений, внезапных болей в животе, тошноты, приступов побледнения, необычных приступообразных движений типа моргания, глотания, подрагивания пальцами и т.п.

У детей раннего возраста из-за низкого порога судорожной активности легко возникают *неспецифические судорожные реакции (эпилептические реакции)*. Чаще всего они возникают на высоте температуры при общих инфекциях и носят название *фебрильных припадков*. Фебрильные припадки всегда возникают при быстром подъеме температуры, и припадок носит генерализованный, симметричный характер, не сопровождается оглушением и сном.

При эпилепсии первый припадок может возникнуть при субфебрильной температуре, сам припадок чаще abortивный, с фокальным компонентом, после него наблюдаются оглушение и иногда сон.

Возникновение судорог и спастических проявлений при *спазмофилии* обусловлено повышенной возбудимостью нервной системы в связи с нарушением ионного равновесия из-за гипокальциемии, гиперфосфатемии и алкалоза.

При спазмофилии наблюдаются ларингоспазм и спазм глоточной мускулатуры, которые возникают при волнении, испуге. У ребенка появляется шумное дыхание, возможна остановка дыхания на несколько секунд, при этом ребенок бледнеет, затем становится цианотичным. При длительном спазме возможны потеря сознания и клонические судороги. Приступы спазмофилии чаще наблюдаются в весенние месяцы.

Аффективно-респираторные приступы являются выражением недовольства при неудовлетворении желания ребенка и поэтому рассматриваются как психогенные. При невозможности получить желаемое ребенок начинает плакать. Прерывистое глубокое дыхание останавливается на вдохе, появляются бледность, синюшность, ребенок «обмякает», возникает тоническое напряжение мышц. При длительных аффективно-респираторных приступах возможны нарушение сознания, кратковременные

клонические судороги и непроизвольное мочеиспускание. Эти приступы наблюдаются у возбудимых, раздражительных, капризных детей.

Эпилептический припадок следует отличать от истерического. Необходимо учитывать подражательные способности больных с истерическими расстройствами, если больному истерией приходилось в жизни неоднократно наблюдать эпилептический припадок, то он может воспроизвести последовательность расстройств. В этих случаях необходимы тщательный сбор анамнеза, выявление психогенных ситуаций, предшествующих припадку, ЭЭГ-исследование.

В неврологическую клинику поступила девушка с эпилептическими припадками. Врачи обратили внимание, что припадки у нее возникают во время врачебного обхода, не сопровождаются прикусом языка, мочеиспусканием, оглушением и сонливостью, во время припадка не удавалось посмотреть реакцию зрачков, так как она зажмуривалась. При сборе анамнеза выяснилось, что припадки возникли после неудачной попытки поступить в вуз, а отец больной страдал травматической эпилепсией и она неоднократно наблюдала припадки.

Эпилепсию необходимо дифференцировать с эпилептиформным синдромом при органических заболеваниях головного мозга. Имеет значение время появления эпилептиформных приступов. Если они возникают в остром периоде черепно-мозговой травмы или инфекционного заболевания, то диагностика всегда решается в пользу эпилептиформного синдрома. Сложнее дифференцировать принадлежность приступов в отдаленном периоде органических заболеваний. Наличие в межприступный период психоорганических расстройств и отсутствие типичных эпилептических изменений личности свидетельствует в пользу эпилептиформного синдрома. Для уточнения диагноза имеют значение результаты лабораторных и электрофизиологических исследований, при которых обнаруживаются типичные для эпилепсии изменения биоэлектрической активности: острые волны, спайки, сочетание спайк-волны и медленной волны, наиболее четко выявляющиеся при гипервентиляции и фотостимуляции.

Острые психозы при эпилепсии проявляются сумеречными состояниями, делириозными и онейроидными изменениями сознания. Онейроидные состояния часто сопровождаются религиозными переживаниями и своеобразной экзальтацией.

Транзиторные психозы обычно сопровождаются аффективными расстройствами, дисфориями с тоскливо-злобным настроением, бредом, галлюцинациями и двигательным возбуждением.

Этиология и патогенез

Этиология эпилепсии недостаточно ясная и определенная. Ряд исследователей придерживаются наследственного фактора в этиологии эпилепсии.

Частота заболевания детей от больных родителей колеблется в пределах от 3,6 до 8%, у сибсов до 4%. В пользу наследственного фактора

свидетельствуют данные о различных показателях конкордантности у одно- и близнецовых близнецов.

По данным W.Lennox, если у однояйцовых близнецов конкордантность по эпилепсии составляет 84%, то у двуяйцовых — 17% (Крейндер А. и др., 1963). Если один из родителей болен эпилепсией, то риск заболевания у ребенка составляет около 6%, если оба родителя больны, то риск увеличивается до 10–12%.

Многие исследователи считают, что при эпилепсии наследуется не заболевание, а только конституциональное предрасположение, включающее пониженный порог судорожной готовности и некоторое своеобразие эпилептических черт характера.

Кроме наследственного предрасположения придается значение в этиологии эпилепсии и «приобретенному предрасположению», связанному с внутриутробными и постнатальными экзогенно-органическими повреждениями мозга.

Патогенез

В характеристике патогенеза выделяют две основные группы факторов: церебральные и общесоматические механизмы.

Основное место в церебральных механизмах принадлежит эпилептогенному и эпилептическому очагам.

Эпилептогенным очагом называют локальное поражение мозга (наличие рубца), которое является источником перевозбуждения окружающих нейронов, способных производить фокальные эпилептические разряды.

Эпилептический очаг — группа нейронов, вовлеченных в фокальный эпилептический разряд.

В детском возрасте существуют физиологические предпосылки для возникновения гиперсинхронизированных разрядов: повышенная гидрофильность коллоидов мозга и высокая проницаемость клеточных мембран. Электрофизиологическая активность проявляется в виде характерных колебаний на ЭЭГ (комплекс пик-волна).

Г.Б.Абрамовичем (1969) предложена гипотеза «цепного генеза эпилепсии». В развитии эпилепсии участвуют три основных фактора: наследственный фактор судорожной предрасположенности («пароксизмальная реактивность»), фактор экзогенных повреждающих воздействий (внутриутробных и интернатальных) и внешний «провоцирующий» фактор. Результат этой цепи — формирование эпилептического очага, который может существовать в латентном состоянии, до воздействия провоцирующего фактора и тогда наступает манифестация болезни.

Общесоматические механизмы малоспецифичны. Имеют значение нарушения метаболизма, прежде всего белково-азотистого обмена с накоплением аммонийных оснований и в связи с этим тенденции к алкалозу, нарушения водно-солевого обмена и обмена микроэлементов. Важное значение в развитии эпилепсии имеет снижение концентрации тормозящего биохимического фактора ГАМК, падение активности аде-

нилциклазы и уровня 3-5-циклического аденозинфосфата, находящегося в зависимости от простагландина.

Способствуют эпилептическому разряду угнетение ГАМК- и дофаминергических систем и повышение ацетилхолиновых и аспарагиновых медиаторов.

Специфические патологоанатомические изменения, как правило, не обнаруживаются.

Лечение

В настоящее время выделен ряд принципов, которыми следует руководствоваться в лечении эпилепсии:

- принцип подбора лекарственных средств: курировать лечение должен один врач, предпочтение отдается амбулаторному лечению;
- непрерывность и длительность лечения, после полного прекращения припадков лечение следует продолжать не менее 3—4 лет, снижение доз должно быть медленным, под контролем ЭЭГ;
- комплексность, кроме противоэпилептических препаратов рекомендуется дегидратационная, сосудорасширяющая, рассасывающая и другие виды терапии;
- преемственность;
- взаимозаменяемость лекарств;
- принцип монотерапии: следует начинать лечение с одного противосудорожного препарата, при его неэффективности переходят на монотерапию другим препаратом. Лечение двумя препаратами возможно при неэффективности монотерапии;
- принцип подбора лекарственных препаратов с учетом возрастных дозировок.

Значение ГАМК в деятельности центральной нервной системы и открытие ГАМКергических рецепторов дали возможность более успешно подбирать лекарственные препараты.

К тормозным нейротрансмиттерам относится ГАМК, а к возбуждающим, которые приводят к возникновению припадков, — аминокислоты аспартат и глутамат и катехоламины.

В основе припадков лежит преобладание возбуждающих и снижение концентрации тормозных нейротрансмиттеров.

Считаются перспективными препараты, оказывающие ингибирующее действие на возбуждающие трансммиттеры, например глицин.

Производные вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс, орфирил, эривиден и др.) оказывают противосудорожное действие, ингибируя трансаминазу ГАМК и повышая ее содержание в мозге.

Препараты, имеющие в основе ГАМК, не используются, так как не проникают через гематоэнцефалический барьер, а используются препараты, синтезированные из этой группы: натрия оксибутират (ГОМК), пантогам, фенибут.

Способностью потенцировать действие противосудорожных препаратов обладают блокаторы кальциевых каналов (дилтиазем, нифедипин).

В клинической практике используются различные противоэпилептические препараты, такие как производные барбитуровой кислоты (барбитураты), производные иминостильбена (тегретол, финлепсин и др.), сукцилимиды — соли янтарной кислоты, производные бензодиазепинов (диазепам, нитрозепа), производные вальпроевой кислоты (конвулекс, депакин и др.), а также комбинированные препараты и лекарственные смеси.

При монотерапии эпилепсии препаратами первой очереди выбора являются карбамазепин и вальпроат натрия, при безуспешной монотерапии возможна комбинация этих препаратов.

Топамакс блокирует натриевые и кальциевые каналы, ингибирует рецепторы глутамата, воздействует на ГАМКергические системы. Он отличается высокой эффективностью при различных эпилептических приступах, особенно эффективен при генерализованных приступах у подростков. При генерализованных приступах на первом месте при выборе терапии стоит вальпроат, на втором — карбамазепин и затем барбитураты.

При миоклонических формах эпилепсии и абсансах рекомендуется депаркин и в ряде случаев клоназепам.

В *развитии эпилептического статуса у детей* выделяют четыре периода: предстатус, начальный эпилептический статус, развернутый и рефрактерный, продолжающийся более 60 мин.

В первом периоде необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей, оксигенотерапию и введение диазепама, при раннем периоде статуса — внутривенное вливание диазепама, лоразепама, оксибутирата натрия; при развернутом прибавляют фенobarбитал; при рефрактерном — больного переводят на искусственную вентиляцию легких в реанимационном отделении и дают барбитуровый наркоз.

Наряду с применением антиконвульсантов проводится терапия, направленная на коррекцию жизненно важных функций, электролитных нарушений, на устранение отека мозга.

В профилактике судорожных припадков имеет значение режим питания. Рекомендуется ограничение острых и соленых блюд, так как они вызывают жажду и задержку жидкости в организме. Отдается предпочтение молочно-растительной диете с ограничением животных белков.

Разработанная кетогенная диета, предусматривающая преобладание жиров над углеводами и белками, как правило, трудно выполнима.

Больным эпилепсией запрещается работа у движущихся механизмов, на высоте, у огня и у воды. Рекомендуется работа в спокойных условиях, вне больших шумных коллективов, с выполнением четко определенных заданий.

Экспертиза

Вопросы судебно-психиатрической экспертизы возникают при совершении больным эпилепсией противоправных действий. Так как они совершаются чаще в состояниях измененного сознания, то больные признаются невменяемыми, при определении невменяемости учитывается и уровень интеллектуального снижения при эпилепсии.

Глава 21.

ШИЗОФРЕНИЯ И РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Шизофрения — прогредиентное психическое заболевание, возникающее на основе наследственной предрасположенности, которое имеет непрерывное или приступообразное течение и приводит к своеобразным изменениям личности в виде дезинтеграции психики, аутизма, эмоционального обеднения и снижения активности.

Шизофрения занимает особое место среди всех форм психической патологии, в связи с достаточно высокой распространенностью, во многих случаях неблагоприятной динамикой, возникновением у части больных глубокого психического дефекта и негативными социальными последствиями для личности, вплоть до утраты трудоспособности.

История учения о шизофрении восходит ко второй половине XIX в. и во многом связана с исследованиями выдающегося немецкого психиатра Э.Крепелина. Проследив судьбы больных с возникшими в подростково-юношеском возрасте клинически разными психозами (кататонией, гебефренией, хроническим бредом), он установил (1896), что через несколько лет у всех больных развилось сходное состояние особого слабоумия. На этом основании он выделил новую психическую болезнь, назвав ее «ранним слабоумием». В дальнейшем границы раннего слабоумия, представления о его клинических проявлениях, вариантах течения, возможных исходах многократно пересматривались, в основном в сторону расширения. В начале XX в. швейцарским психопатологом Э.Блейлером было предложено новое название болезни — «шизофрения» (буквально — «расщепление ума»), которое и закрепилось. Большой вклад в развитие учения о шизофрении внесли отечественные психиатры, особенно А.В.Снежневский, его ученики и последователи.

21.1. Психопатология шизофрении

Симптоматология шизофрении многообразна. Проще перечислить психопатологические симптомы и синдромы, которые не характерны для шизофрении, чем те, которые встречаются часто. Одни симптомы

и синдромы обнаруживаются у многих больных шизофренией, но их диагностическая значимость относительно невелика, поскольку эти же симптомы и синдромы характерны для многих других психических заболеваний (например, бред преследования). Другие выявляются далеко не у всех больных шизофренией, но достоверно возникают почти исключительно при шизофрении (разорванность мышления и речи) и являются для этой болезни патогномоничными, близкими к специфическим проявлениям.

Как и в общей психопатологии в целом, клинические проявления шизофрении принято разграничивать на негативные и продуктивные (позитивные).

В отечественной практике диагностика шизофрении преимущественно основывается на выявлении характерных для шизофрении негативных расстройств, особенно при значительной давности болезни. На более ранних этапах шизофрении основное диагностическое значение часто имеют особенности продуктивной симптоматики (наряду с динамикой клинических проявлений).

21.1.1. Негативные симптомы шизофрении

К фундаментальным негативным проявлениям шизофрении относится *схизис (интрапсихическая атаксия)*. Под схизисом понимают дезинтеграцию, разлаженность психики, неравномерность, мозаичность нарушений психических функций. Одни психические функции могут быть грубо расстроены, а другие, родственные, — сохранены. Например, возможно тяжелое расстройство мышления и речи в виде их разорванности при достаточной сохранности памяти. Конкретными проявлениями расщепления психики являются также сама разорванная речь (страдает логическая сторона речи при сохранности грамматической), переживание раздвоения «Я» в рамках деперсонализации, амбивалентность (сосуществование полярных эмоций) и многие другие симптомы шизофрении. Проводят аналогию между схизисом и игрой оркестра без дирижера.

Еще один кардинальный симптом шизофрении — *аутизм*, под которым понимают ослабление связей с реальностью, чрезмерное погружение в свой внутренний мир. Внешние обстоятельства мало влияют на содержание душевной жизни больного, которое определяется необычными, оторванными от повседневности мыслями, фантазиями, грезами, галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. В одних случаях больные почти полностью отгорожены от окружающего, в других — проявления аутизма ограничиваются чрезмерной склонностью к самоанализу, некоторой отстраненностью от действительности. К частным проявлениям аутизма могут быть отнесены глазная интраверзия (взгляд, «устремленный в себя»), аутоэротизм.

Типичные для шизофрении малообратимые *эмоциональные изменения* заключаются прежде всего в апатической окраске настроения или в глубокой *апатии*. Часто эти изменения, в зависимости от их вы-

раженности, называют **эмоциональным притуплением**, или тупостью, учитывая холодность, черствость больных по отношению к близким. Эмоциональная тупость иногда своеобразно сочетается с ранимостью, хрупкостью эмоций.

Из других стойких аффективных изменений характерны **эмоциональная неадекватность** и **амбивалентность**.

Для больных шизофренией типична патология **волевых функций**. Особенно часто выявляются в разной степени выраженные **слабость побуждений, снижение активности**. В одних случаях отмечаются лишь некоторое ослабление стремления к деятельности, вялость (**гипобулия**, или **снижение энергетического потенциала**). В других — больные почти полностью бездеятельны. Их активность, в лучшем случае, сводится к бессмысленному хождению, курению, удовлетворению простейших биологических потребностей (**абулия**).

Больные шизофренией нередко живут и действуют как бы механически, без чувства внутренней активности. В соответствии со сложившимися стереотипами они выполняют служебные, семейные обязанности, не пытаясь что-либо изменить к лучшему («социальный дрейф»).

С другой стороны, при общей слабости побуждений у части больных долго сохраняется профессиональная активность.

Апатия и абулия часто сочетаются, образуя апатоабулический, или вялоапатический синдром, чрезвычайно характерный для шизофрении.

Преимущественно у больных шизофренией возникают такие **волевые расстройства**, как **парабулия, амбигендентность, импульсивность**.

Нередко встречающаяся при шизофрении **патология влечений** выражается в их угнетении, усилении или извращении. Больным с выраженным или грубым психическим дефектом иногда свойственны прожорливость, поедание несъедобных предметов, сексуальные отклонения, вплоть до публичного мастурбирования, нанесение телесных самоповреждений, попытки самоубийства, выполняемые необычными, мучительными способами, жестокое обращение с людьми, истязание животных и другие проявления так называемых садомазохистских тенденций.

Формальные расстройства мышления, выявляемые у больных шизофренией, многочисленны и своеобразны. Чаще всего встречаются: разорванность мышления и речи, разноплановость мышления, паралогичность, символичность, формальность, резонерство, аморфность. также характерны такие расстройства, как аутистическое мышление, неологизмы, соскальзывания, ответы не в плоскости вопроса.

Вместе с тем у значительной части больных нарушения мышления мало выражены или клинически не определяются. Некоторым больным свойственны высокий уровень абстрактного мышления, нестандартность, самобытность мыслительных процессов. Такие особенности мышления порой позволяют больным добиваться выдающихся результатов в различных областях профессиональной деятельности. Весомая

доля непреходящих общечеловеческих ценностей создана больными шизофренией. Среди них есть выдающиеся математики, астрономы, физики, художники, писатели, артисты, спортсмены. В качестве примеров достаточно назвать Ньютона, Ницше, Гоголя, Ван Гога.

Формальные способности памяти у большинства больных шизофренией не страдают. Нередко возникающее впечатление недостаточности памяти обусловлено слабостью побуждений и эмоционального компонента памяти.

Мимика у многих больных шизофренией болезненно изменена. Особенно характерны *гипомимия*, *парамимия* (вычурная, манерная мимика, гримасничанье). Возможна *амимия*. Иногда отсутствие лобной мимики сочетается с усиленными, странными мимическими проявлениями в нижней половине лица, что может рассматриваться как частное проявление схизиса.

Психомоторике больных шизофренией нередко свойственны угловатость, неуклюжесть, неловкость, необычность движений.

Коммуникативные функции у большинства больных шизофренией в той или иной мере нарушены. Чаше встречаются замкнутость, избирательная общительность, формальный контакт. В крайних случаях больные полностью нелюдимы. Они нередко бывают «квартирантами в собственном доме». Выполняя семейные обязанности (хозяйственные дела, материальное обеспечение), больные дома стремятся к уединению, не могут установить теплых отношений с членами семьи, мало интересуются их делами и заботами. Вместе с тем больные иногда оказываются в полном подчинении, зависимости от кого-либо из близких, не страдая от этого.

В учебном, служебном коллективе больные шизофренией нередко находятся на положении «белой вороны». Они остаются «чужими» для коллектива. Вынужденное общение больного с окружающими бывает взаимно тягостным.

Общение врачей с больными также затруднено, часто носит формальный характер «по вине» больного. Между врачом и больным как бы существует незримая стена. Врачу бывает сложно установить доверительные отношения с пациентом, получить доступ к его внутреннему миру, вчувствоваться в переживания.

Редкая, но в основном встречающаяся при шизофрении форма контакта с окружающими — *психическая обнаженность* (утрированная, неуместная откровенность, порой с малознакомыми людьми).

Поведению лиц, страдающих шизофренией, часто свойственны различного рода странности, чужаковатость, парадоксальность. Странности, чудачества могут касаться самых разных сторон поведения: бытовых привычек, манеры одеваться, увлечений и интересов, профессиональной деятельности.

Больные бывают неряшливыми, запущенными в санитарно-гигиеническом отношении, неопрятными и одновременно претенциозными в одежде. Разрабатывают сложные и необычные системы мероприятий

для поддержания здоровья и продления жизни. Например, одни больные постоянно пытаются задерживать дыхание, так как якобы на человеческую жизнь «отпущено» определенное количество дыхательных движений. В любое время года ходят босые, полуголые. Другие занимаются бессмысленным коллекционированием, лишая семью средств существования. Третьи необычными способами выполняют профессиональные обязанности: преподаватель латыни сводит занятия со студентами к хоровому пению на латинском языке. Поступки больных шизофренией иногда носят особо абсурдный характер: аспирант проводит самокастрацию, чтобы сексуальные переживания не отвлекали от работы над диссертацией.

Следует отметить, что необычные, парадоксальные формы поведения надо использовать в диагностике шизофрении с большой осторожностью, только как дополнение к основным клиническим признакам, так как границы между нормальными, социально приемлемыми и аномальными формами поведения весьма зыбкие, неопределенные.

21.1.2. Продуктивная психопатологическая симптоматика

Психотические продуктивные расстройства

У многих больных шизофренией выявляются бред и галлюцинации.

Шизофренический бред отличается особой неправдоподобностью, абсурдностью содержания и часто явным несоответствием поведения тематике бредовых идей. Возможны любые варианты бреда по содержанию. Вместе с тем ряд бредовых фабул встречается преимущественно или почти исключительно у больных шизофренией: бред реформаторский, психического воздействия, особого значения, космический, антагонистический, чужих родителей.

Из *обманов восприятия* типичны псевдогаллюцинации, особенно вербальные, комментирующего или антагонистического содержания. Зрительные псевдогаллюцинации, обонятельные, тактильные, висцеральные и другие обманы восприятия бывают значительно реже.

Существенное место среди клинических проявлений шизофрении занимают *психические автоматизмы*, особенно идеаторные, которые возникают почти исключительно при этой болезни: симптом открытости, наплывы мыслей, обрывы мыслей, эхо мыслей, чужие мысли, параллельные мысли, симптом разматывания воспоминаний, транзитивизм.

Почти все *галлюцинаторно-параноидные синдромы* достаточно типичны для шизофрении: паранойяльный, синдром Кандинского—Клерамбо, парафренный. Реже встречается вербальный галлюциноз.

Кататонические и гебефренные расстройства возникают в основном в рамках шизофрении.

Мании и депрессии бывают у больных шизофренией достаточно часто. Шизофреническим маниям и депрессиям свойственен ряд особенностей. У больных шизофренией преимущественно развиваются

атипичные мании: гневливая, непродуктивная, дурашливая, неистовая. Для шизофренических депрессий характерны эндогенные качества (витальная окраска, суточные колебания аффекта, сезонность возникновения), а также кататонические включения, бредовая симптоматика, не являющаяся вторичной по отношению к меланхолическому аффекту (бред преследования, воздействия), и психические автоматизмы.

Состояния помраченного сознания при шизофрении бывают относительно редко. У подавляющего большинства больных сознание оценивается как ясное или формально ясное. Если расстройство сознания развивается, оно носит онейроидный характер. В особо редких случаях возможно аментивноподобное помрачение сознания.

Непсихотические продуктивные расстройства

В рамках шизофрении могут возникать любые неврозоподобные и психопатоподобные нарушения: тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, истероформные, небредовая ипохондрия (в том числе сенестопатически-ипохондрический синдром), психопатоподобные состояния эксплозивного, гебоидного, тормозимого типа. В одних случаях эти расстройства клинически трудно отличимы от проявлений соответствующих неврозов и психопатий. В других они обладают клиническим своеобразием. Так, фобиям шизофренической природы нередко свойственны необычность, нелепость содержания, обрастание страхов сложными, причудливыми ритуалами. Некоторые устойчивые страхи (загрязнения, сумасшествия, острых предметов) в основном встречаются при шизофрении. Для сенестопатий у больных шизофренией характерны вычурность, насильственная окраска патологических ощущений.

Хроническая деперсонализация, особенно аутопсихическая, преимущественно развивается в рамках шизофрении.

В целом клиническим проявлениям шизофрении присущи полиморфизм и атипичность, парадоксальность.

К психопатологическим синдромам, которые *не характерны* для шизофрении, относятся все синдромы помраченного сознания, кроме онейроида (оглушение, делирий, сумеречное состояние, аменция), психоорганический синдром, эпилептиформный синдром, корсаковский симптомокомплекс и органическая деменция.

21.2. Классификация шизофрении

В России широко используется классификация шизофрении, основанная на типах течения, степени прогрессивности и синдромальной характеристике клинических проявлений болезни. Основной вклад в создание и совершенствование отечественной классификации внесли А.В.Снежневский и его школа (Р.А.Наджаров, А.С.Тиганов, А.Б.Смулевич и др.). В отличие от систематики шизофрении, представленной

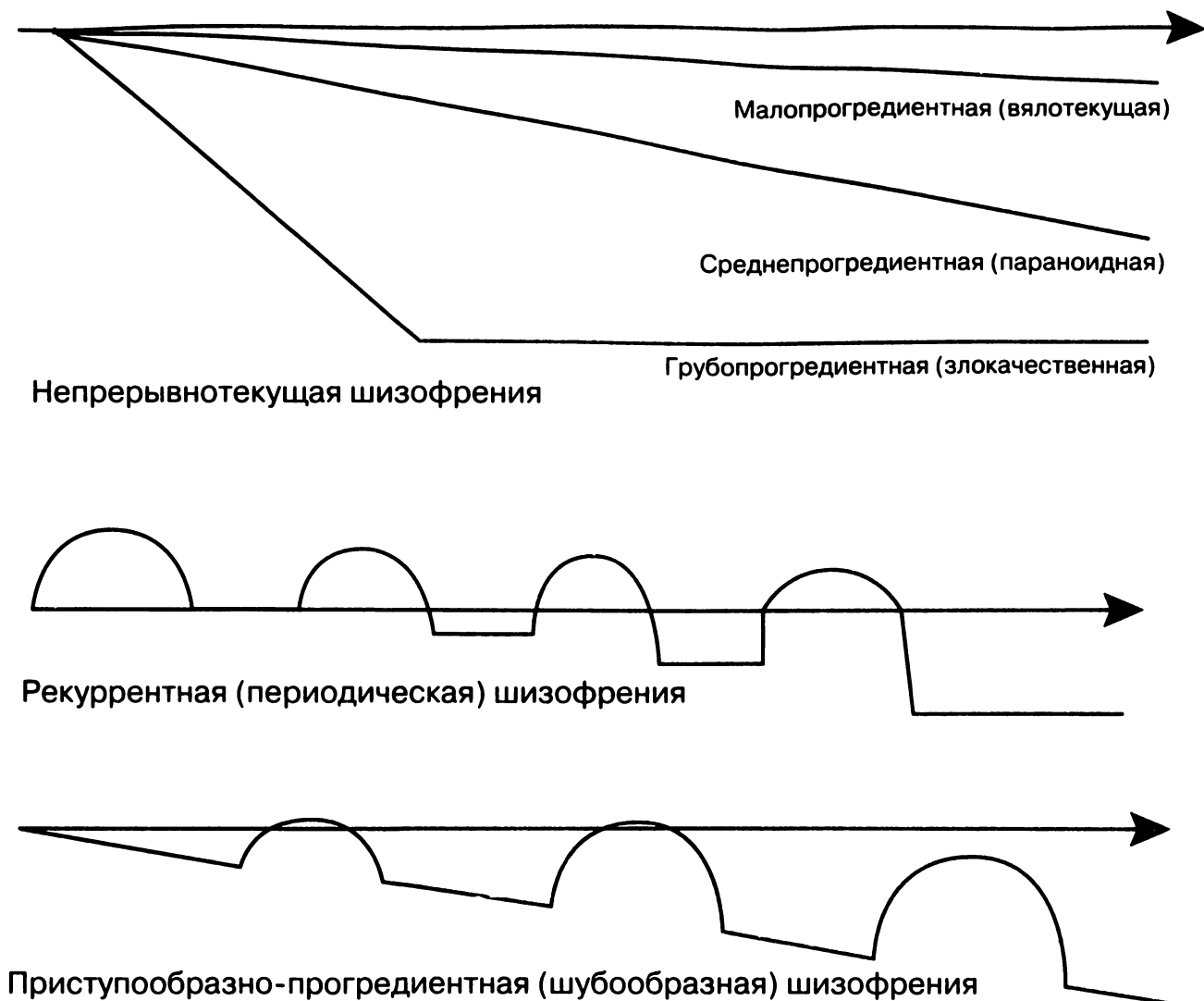


Рис. 1. Типы течения шизофрении.

в МКБ-10, которая основана на синдромальном принципе, российская классификация базируется на клинко-динамических критериях. Она более дифференцирована, информативна, позволяет более уверенно строить клинический, социальный прогнозы и планировать терапию.

Классификация шизофрении

I. Непрерывнотекущая:

- Грубопрогредиентная (злокачественная):
 - Параноидная,
 - Кататоническая,
 - Гебефреническая,
 - Простая;
- Среднепрогредиентная параноидная;
- Малопрогредиентная (вялотекущая):
 - Неврозоподобная,
 - Психопатоподобная,
 - Простая;

II. Рекуррентная (периодическая);

III. Приступообразно-прогредиентная (шубообразная);

IV. Особые формы шизофрении:

- Паранойяльная;
- Фебрильная.

Данная классификация предусматривает выделение трех типов течения шизофрении: непрерывного, рекуррентного и приступообразно-прогредиентного (рис. 1). Непрерывнотекущая шизофрения включает, с учетом выраженности прогредиентных тенденций, грубопрогредиентный (злокачественный), среднепрогредиентный (параноидный по синдромальной характеристике) и малопрогредиентный (вялотекущий) варианты. Грубопрогредиентная шизофрения, исходя из клинических особенностей, подразделяется на параноидную, кататоническую, гебефреническую и простую формы. В рамках вялотекущей шизофрении различают неврозоподобную, психопатоподобную и простую формы.

Предусмотрено выделение и особых форм шизофрении: паранойяльной и фебрильной.

21.3. Клинико-динамические закономерности различных форм шизофрении

21.3.1. Непрерывнотекущая шизофрения

Эта шизофрения характеризуется неуклонно-поступательной динамикой. Степень ее прогредиентности варьирует в широком диапазоне — от злокачественного до вялого течения. Бывают периоды обострения и ослабления психопатологической симптоматики. Однако полноценные ремиссии не наступают. Лишь спустя много лет от начала болезни, на стадии ее стабилизации, иногда отмечается частичная редукция продуктивных и негативных расстройств.

Грубопрогредиентная (злокачественная) шизофрения

Больные грубопрогредиентной шизофренией составляют 5—8% от всех больных шизофренией. Эта шизофрения начинается, как правило, в подростково-юношеском возрасте (до 20 лет). Начало болезни постепенное. В инициальном периоде появляются и медленно усиливаются признаки шизоидизации личности в виде некоторого эмоционального однообразия, снижения активности, сужения круга интересов, трудностей общения, чужаковатости, странностей поведения.

Далее наступает манифестация психоза. Возникают и быстро нарастают разнообразные продуктивные психотические расстройства: кататонические, гебефренические, галлюцинаторно-параноидные. Параллельно быстро прогрессируют негативные изменения личности: апатия, снижение энергетического потенциала, аутизм, формальные расстройства мышления.

Клиническая картина характеризуется не только полиморфизмом, тяжестью, но и изменчивостью, синдромальной незавершенностью

симптоматики. На основе преобладания тех или иных продуктивных расстройств различают злокачественную кататоническую, гебефреническую, параноидную и простую формы грубопрогредиентной шизофрении.

При **кататонической форме** доминирует люцидная (без онейроидного помрачения сознания) кататония в виде субступора, прерывающегося эпизодами кататонического возбуждения. Галлюцинаторно-параноидные расстройства находятся на втором плане.

Гебефреническая форма проявляется нелепо-дурашливым поведением, эйфорией, грубыми, жестокими шутками, кривлянием, гримасничаньем, разорванной речью, расторможенностью влечений, неряшливостью. Кататонические и галлюцинаторно-бредовые расстройства возникают эпизодически.

Для **параноидной формы** злокачественной шизофрении характерны несистематизированный бред преследования, воздействия, величия, непостоянные вербальные псевдогаллюцинации, психические автоматизмы. Эта симптоматика сочетается с кататоническими эпизодами. Проследить типичный стереотип развития хронического бреда в виде последовательной смены паранойяльного, параноидного и парафренного синдромов у больных злокачественной параноидной шизофренией обычно не удается.

При **злокачественной простой форме** состояние определяется неуклонно нарастающими негативными расстройствами: эмоциональной тупостью, бездеятельностью, спонтанностью, нарушениями речи, вплоть до речевой разорванности. Формируется тяжелый апатоабулический синдром. Временно могут появляться кататонические, галлюцинаторно-параноидные расстройства.

Динамика злокачественной шизофрении катастрофическая. Современные методы терапии в большинстве случаев не позволяют добиться не только ремиссии, но и сколько-нибудь стойкой приостановки эндогенного процесса. В течение 2–5 лет наступает конечное состояние: своеобразное шизофреническое слабоумие в форме эмоционально-волевого опустошения, грубых расстройств речи, влечений, поведения. Глубокий эмоционально-волевой дефект сочетается с остаточной кататонической, галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Конечное состояние сохраняется всю последующую жизнь.

Среднепрогредиентная параноидная шизофрения

Эта форма шизофрении чаще всего развивается в возрасте от 25 до 40 лет.

Начало болезни медленное. Инициальный период, продолжающийся часто многие годы, характеризуется появлением фобий, obsessions, сенестопатий, отрывочных бредовых идей. Уже в инициальном периоде нередко выявляются негативные изменения личности. В дальнейшем наступает манифестация болезни. Ее прогрессирование в типичных случаях проходит несколько последовательных этапов: паранойяльный,

параноидный и парафренный. Нередко выделяют еще один, заключительный, этап — распад галлюцинаторно-параноидных расстройств и выявление грубого психического дефекта.

На манифестном (паранойальном) этапе постепенно или остро (по типу «озарения») возникает систематизированный бред ревности, преследования, сутяжный, изобретательства или реформаторства, который медленно прогрессирует в течение нескольких лет. На следующем, параноидном этапе возникают вербальные галлюцинации, постепенно трансформирующиеся в псевдогаллюцинации. Появляются психические автоматизмы и чувственный бред воздействия. В итоге формируется синдром Кандинского—Клерамбо (синдром психического автоматизма). Наступление парафренного этапа выражается в присоединении к проявлениям синдрома психического автоматизма фантастического бреда величия.

Параллельно с прогрессированием хронических галлюцинаторно-параноидных расстройств постепенно нарастают негативные изменения личности. На заключительном этапе негативные расстройства достигают степени глубокого психического дефекта. Галлюцинаторно-бредовые расстройства утрачивают синдромальную завершенность, распадаются. Конечное состояние при параноидной шизофрении характеризуется сочетанием апатоабулического симптомокомплекса, остаточных галлюцинаторно-бредовых проявлений и шизофазии (комбинация симптома монолога, т.е. спонтанной многоречивости, и разорванной речи).

Следует отметить, что в некоторой части случаев течение параноидной шизофрении бывает более благоприятным. Болезнь останавливается в своем развитии на парафренном этапе. Изменения личности не носят выраженного характера. Поведение больных остается относительно упорядоченным, несмотря на массивность галлюцинаторно-параноидных расстройств.

Малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения

Вялотекущая шизофрения составляет от 17 до 35% всех учтенных случаев шизофрении и занимает второе место по частоте после приступообразно-прогрессирующей формы.

Это непсихотическая или субпсихотическая форма шизофрении с относительно благоприятным течением. Характеризуется крайне медленным прогрессированием дефицитарных изменений личности, никогда не достигающих степени шизофренического слабоумия, и столь же медленным, вялым развитием продуктивной симптоматики непсихотического или субпсихотического регистра.

Начало болезни часто настолько незаметное, постепенное, что его сроки установить не удастся. Появляются и очень медленно нарастают некоторое эмоциональное однообразие, определенное снижение активности, аутистические тенденции, сужение круга интересов, отдельные странности, чудачества в поведении, резонерская окраска, витиеватость мышления и речи.

Столь же постепенно прогрессируют те или иные продуктивные непсихотические расстройства: фобии, obsессии, истероподобная симптоматика, деперсонализация, сенестопатически-ипохондрические расстройства, хроническая субдепрессия, сверхценные интересы и увлечения или стойкие нарушения поведения возбудимого, истерического, психастенического типа. Эпизодически могут возникать отрывочные бредовые идеи, галлюцинации, отдельные психические автоматизмы.

В зависимости от преобладания продуктивной симптоматики, напоминающей проявления невротозов, или сходных с психопатиями стойких расстройств поведения, различают невротоподобный и психопатоподобный варианты вялотекущей шизофрении.

У некоторых больных картина шизофрении определяется стертыми негативными изменениями личности, продуктивные нарушения могут возникать лишь эпизодически, в рудиментарном виде (вялотекущая простая шизофрения).

21.3.2. Рекуррентная (периодическая) шизофрения

Эта форма шизофрении протекает в виде клинически очерченных приступов продуктивных психических расстройств и приводит, как и вялотекущая шизофрения, к неглубоким изменениям личности.

Приступы рекуррентной шизофрении имеют разную клиническую структуру.

Аффективные приступы проявляются депрессией или манией разной степени выраженности.

Аффективно-параноидные приступы тоже бывают двух видов: депрессивно-параноидные и маниакально-параноидные. Расстройства настроения при этих приступах сочетаются с бредом воздействия, инсценировки, антагонистическим бредом, иногда с бредом величия, а также с психическими автоматизмами, ложными узнаваниями, вербальными псевдогаллюцинациями.

При онейроидно-кататонических приступах кататонический ступор или субступор, прерываемый эпизодами кататонического возбуждения, сосуществует с онейроидным помрачением сознания.

Иногда приступы периодической шизофрении длятся всего несколько дней, чаще они продолжаются от нескольких недель до нескольких месяцев. Количество их тоже варьирует в широком диапазоне. Некоторые больные переносят в течение жизни всего один приступ, другие несколько, третьи — более десяти, и даже десятки приступов. У одних больных все приступы имеют сходную клиническую картину (однотипные приступы), у других — возникают клинически разные приступы. При этом удается проследить типичные тенденции в видоизменении приступов: первые онейроидно-кататонические приступы сменяются аффективно-бредовыми и далее — аффективными, или выявляется обратная последовательность видоизменения приступов (от аффективных к онейроидно-кататоническим).

Выделяют особую разновидность рекуррентной шизофрении — циркулярную шизофрению, при которой возникают только аффективные (маниакальные, депрессивные) приступы и которую бывает трудно отграничить от маниакально-депрессивного психоза.

После первого, второго приступов часто не удается выявить какие-либо изменения личности. Последующие приступы в большинстве случаев сопровождаются легкими негативными изменениями личности, которые несколько усиливаются от приступа к приступу, но никогда не достигают степени выраженного психического дефекта. У некоторых больных после 1–2 приступов наступает стойкая, длящаяся десятилетиями интермиссия, при которой какие-либо последствия перенесенного психоза не определяются. Такие интермиссии квалифицируют как практическое выздоровление.

Следует отметить, что часть отечественных и зарубежных психиатров выделяют случаи рекуррентной шизофрении с наиболее благоприятным течением (не приводящие к клинически определяемым изменениям личности) в особую группу шизоаффективных психозов и отводят им промежуточное положение между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом.

21.3.3. Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения

Шубообразная шизофрения (нем. *schub* — сдвиг) — самая частая среди всех форм шизофрении. Сущность приступообразно-прогредиентного типа динамики шизофрении заключается в совмещении двух вариантов течения: непрерывного и периодического.

В инициальном периоде появляются и постепенно прогрессируют типичные для шизофрении негативные изменения личности, а в части случаев и продуктивная симптоматика в виде навязчивостей, деперсонализации, сверхценных или паранойяльных идей. Далее возникают манифестный и последующие приступы в виде преходящих, качественно новых, по отношению к перманентной симптоматике, расстройств. Приступы шубообразной шизофрении отличаются особым клиническим разнообразием. Выделяют острые паранойяльные, острые параноидные, кататоно-гебефренные, кататоно-депрессивные, депрессивно-галлюцинаторные, депрессивно-обсессивные и другие приступы. Каждый приступ сопровождается личностным сдвигом, т.е. углублением негативных изменений личности и усилением постоянных продуктивных нарушений.

У части больных шубообразной шизофренией негативные изменения личности и хронические продуктивные расстройства медленно прогрессируют и в интервалах между приступами.

Степень прогредиентности шубообразной шизофрении, глубина формирующегося психического дефекта значительно варьируют. В одних случаях шубообразная шизофрения близка к злокачественной форме и в итоге завершается конечным состоянием (шизофреническим

слабоумием), в других, вследствие малой выраженности прогрессивных тенденций она близка к вялотекущей шизофрении и приводит к неглубокому личностному дефекту. Большинство случаев шубообразной шизофрении занимает промежуточное положение между этими крайними вариантами.

21.3.4. Особые формы шизофрении

Паранойяльная шизофрения

Сущность паранойяльной шизофрении заключается в возникновении и многолетнем существовании систематизированного бреда. У одних больных бред развивается остро — по типу «озарения», у других постепенно — на основе предшествующих сверхценных идей. Клинические проявления паранойяльной шизофрении обладают значительным сходством с паранойяльным этапом параноидной шизофрении, описанным выше. Отличие состоит в том, что при паранойяльной шизофрении картина болезни на всем ее протяжении ограничивается систематизированным бредом. Перехода паранойяльного синдрома в параноидный не происходит.

Паранойяльная шизофрения проявляется бредом преследования, физического недостатка, ипохондрическим, изобретательским, реформаторским, религиозным, сутяжным бредом. У многих больных бред монотематичен. Патологические идеи прогрессируют крайне медленно. Спустя десятилетия бред может подвергнуться частичному обратному развитию, сохраняясь в виде резидуальных или «инкапсулированных» (в значительной мере утративших актуальность) бредовых идей. Типичные для шизофрении негативные изменения личности удается выявить не всегда.

Фебрильная шизофрения

Фебрильной шизофренией (смертельной кататонией, гипертоксической шизофренией) называют острые приступы онейроидной кататонии в рамках рекуррентной и приступообразно-прогрессивной шизофрении, сопровождающиеся гипертермией и другими соматическими расстройствами. Наряду с кататонией в виде ступора или возбуждения, возникают подъемы температуры тела до 38–40°C длительностью до 2 нед. Температурная кривая не соответствует типичным колебаниям температуры при соматических и инфекционных заболеваниях. Отмечаются сухость слизистых, гиперемия кожи, кровоподтеки, иногда буллезные высыпания, изъязвление кожных покровов.

В наиболее тяжелых случаях на высоте приступа онейроидное помрачение сознания сменяется аментивноподобным с глубокой дезориентировкой, бессвязным речевым и однообразным двигательным возбуждением, ограниченным постелью. Возможно появление хореоформных гиперкинезов.

Обычно через несколько недель наступает ремиссия. В редких случаях возможен летальный исход. Иногда больной переносит несколько приступов фебрильной шизофрении.

21.4. Возрастные особенности шизофрении

21.4.1. Особенности шизофрении у детей и подростков

Шизофрения у детей и подростков возникает в несколько раз реже, чем в более старших возрастных группах. При начале шизофрении в детско-подростковом возрасте в результате взаимовлияния процессов психического развития (онтогенеза) и эндогенного заболевания, с одной стороны, замедляется и искажается онтогенез, а с другой — клиника и исходы шизофрении приобретают существенное своеобразие.

В целом для детской шизофрении и, в меньшей степени, для подростковой характерны рудиментарность, стертость, незавершенность клинических проявлений. Основные особенности негативной симптоматики у детей заключаются в сочетании эмоционального обеднения или опустошения, снижения активности, аутистических проявлений с асинхрониями, неравномерностью психического развития. Шизофренический дефект приобретает сходство с олигофренией (олигофреноподобный дефект). При начале шизофрении в пубертатном возрасте в структуру негативных изменений личности входят признаки дисгармонического психического инфантилизма (дефект по типу психического инфантилизма).

Продуктивные расстройства в детском возрасте чаще выражаются в диффузных, недифференцированных страхах, синдроме двигательной расторможенности, патологическом фантазировании.

У подростков, наряду с продуктивной симптоматикой, характерной для более старших возрастов, но представленной в незавершенном виде, продуктивные расстройства часто проявляются сверхценной и бредовой дисморфоманией, вторичной анорексией, философической интоксикацией (чрезмерным и непродуктивным интересом к абстрактным проблемам), другими сверхценными интересами и увлечениями, деперсонализацией, патологичностью пубертатного криза и психопатоподобными расстройствами. Для мальчиков особенно характерен гебоидный вариант психопатоподобного поведения в виде грубости, жестокости, садистических тенденций, сексуальной расторможенности, склонности к пьянству, употреблению наркотиков и к антисоциальным поступкам.

При шизофрении с началом в детском и подростковом возрасте в России часто используется та же классификация, что и при шизофрении, развивающейся в более старшем возрасте.

Злокачественная шизофрения у детей обычно начинается до 7 лет. Для нее характерны выраженное преобладание негативных проявлений над продуктивными, особенно быстрое (в течение 1–2 лет) формирование

конечного состояния, которое выражается в остановке и регрессе психического развития и поведения. Речь утрачивает функцию общения. Больные становятся крайне неряшливыми. Возобновляется энурез. Растормаживаются примитивные формы поведения. Больные перестают ходить и вновь начинают ползать, лакают из посуды, как животные, издают нечленораздельные звуки. Конечное состояние по тяжести и особенностям клинических проявлений сходно с олигофрениями тяжелых степеней.

Параноидная шизофрения для детей нехарактерна. Если она развивается, то до 10–12 лет проявляется бредоподобными фантазиями и страхами, немотивированным враждебно-злым отношением к родителям, отрывочными идеями преследования, отравления. Позднее развиваются более очерченные бредовые и галлюцинаторные расстройства.

При начале параноидной шизофрении в пубертатном возрасте на ранних этапах болезни часто возникают философическая интоксикация, сверхценные идеи или бред физического недостатка, вторичная анорексия.

Вялотекущая шизофрения у детей — одна из самых частых форм болезни. На первый план выступают относительно неглубокие негативные расстройства и признаки психического, а иногда и физического дизонтогенеза. Отдельные психические функции могут формироваться опережающими темпами, по сравнению с возрастной нормой, например — абстрактное мышление, счетные, музыкальные способности (дети-вундеркинды). В процессе взросления опережающее развитие этих способностей часто нивелируется или сменяется отставанием. Продуктивная симптоматика выражается в заумных интересах, аутистических фантазиях, страхах, рудиментарных двигательных расстройствах.

У подростков вялотекущая шизофрения проявляется утрированным пубертатным кризом, деперсонализацией, дисморфофобией, психопатоподобным поведением гебоидного типа. Постепенно начинают доминировать негативные расстройства. Формируется неглубокий личностный дефект по типу психического инфантилизма.

Рекуррентная шизофрения у детей возникает редко. Приступы рудиментарны и атипичны: проявляются немотивированными страхами, вегетативными кризами с головной болью, гипертермией, диспепсией или расстройствами, напоминающими делирий. В пубертатном периоде приступы бывают более оформленными и тяжелыми: атипичные депрессии, депрессивно-бредовые, иногда онейроидно-кататонические расстройства.

Рекуррентная шизофрения с началом в детстве и отрочестве приводит к относительно неглубоким изменениям личности с чертами инфантилизма или олигофреноподобным проявлениям на уровне дебильности.

Приступообразно-прогредиентная шизофрения — одна из самых частых форм у детей и подростков. В детстве приступы бывают стертыми:

аффективными, аффективными с рудиментарным бредом, фобиями. У подростков приступы более развернутые, вплоть до кататоно-бредовых, кататоно-гебефренных. Исходы этой формы варьируют от слабоумия, напоминающего тяжелые степени олигофрении, до олигофреноподобного дефекта типа дебильности.

Н., 9 лет.

Из анамнеза.

Наследственность психопатологически не отягощена. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на всем протяжении, нефропатией во второй половине беременности. Роды на 37-й неделе, отмечалась слабость родовой деятельности, эклампсия в родах, проведено кесарево сечение. Вес 3100 г, рост 52 см, родился в асфиксии, кричал после отсасывания слизи. Сидит с 6 мес., ходит с одного года. Речь: первые слоги в 6 мес., на 2-м году — отдельные нечленораздельные слова, фразовая речь — ближе к 3 годам. В раннем возрасте — ласковый, улыбчивый, эмоциональный. Играл в игрушки — пирамида, железная дорога, матрешки, мисочки. Любил рассматривать картинки в книжках, слушать детские стихи. Вместе с тем слабо развивалась коммуникативная речь. По возможности все решал сам, не обращаясь к окружающим. К детям стремился, обнимал, протягивал свои игрушки. Однако в играх с детьми долго не удерживался, переключался на другие раздражители. Играл с матерью и дядей, положительно реагировал на участие в играх взрослого человека. До 4 лет нравилось рисовать или смотреть, как рисует мама. По телевизору любил смотреть рекламу и сериалы, всех героев знал по именам. Навыки опрятности сформированы к 3 годам, с 2 лет самостоятельно ест ложкой, в 3,5 года научился одеваться. Изменения в состоянии ребенка мама заметила в возрасте 4 лет: стал неряшлив в еде, пытался брать пищу руками, хотя раньше умел пользоваться ложкой и вилкой. Несмотря на хорошую память, не обнаруживал прогресса в речи. Стал беспокойным, сам себя кусал и щипал за руки, внезапно мог крикнуть без внешнего повода. Нарушился сон, успокаивался только при определенном наборе слов (сочиненной им песенки). Перестал проситься на горшок. Появилась склонность забираться под диван. Стал говорить о себе во втором лице. Рвал книжки на мелкие клочки. В возрасте 4—4,5 лет стал есть несъедобные предметы, сначала бумагу, потом пластмассу, грыз и ломал все свои игрушки. Изредка играл с мягкими игрушками. Залезал в шкаф, ломал и портил предметы, разливал косметику. Со временем перестал играть, целыми днями был занят тем, что рвал бумагу, ломал и грыз игрушки. Полностью утратил прежние интересы, практически исчезла речь. Мог внезапно закричать упасть на пол.

Психический статус.

Продуктивному контакту малодоступен, на вопросы не отвечает, речи нет. В глаза смотрит. Обращенную речь понимает в пределах простейших бытовых инструкций. По просьбе врача открывает рот, показывает язык,

дальнейшие инструкции не выполняет. Части лица и тела не показывает. При этом выражение лица спокойное, отстраненное. Из рук врача берет лист бумаги и медленно разрывает его на ленточки. В целенаправленную деятельность не вовлекается. Лежит на кровати, наблюдает за окружающими. Себя не обслуживает, одевается с помощью персонала. Ест самостоятельно только руками. Предоставленный сам себе, постоянно облизывает губы, высовывает язык, тербит какую-нибудь плоскую игрушку, шуршит ею, бегает по комнате, вокализует (подвывает), произносит отдельные отрывочные фразы, грызет мягкие резиновые предметы, рвет их на части, разрушает разборные игрушки.

Н. страдает ранней детской формой шизофрении с олигофреноподобным дефектом.

В., 13 лет.

Из анамнеза.

Отец — 51 год, здоров. По характеру спокойный, малообщительный, не любит больших сборищ. Мальчик от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, во второй половине были сильные отеки на ногах, одышка. Роды в срок, после стимуляции, раннее отхождение вод, слабая родовая деятельность. Закричал сразу. Вес 4500 г. К груди приложили на 2-е сутки, сосал активно. В грудном возрасте был беспокойным, ночами плохо спал. Обратились к невропатологу в 3 мес., получал успокоительную микстуру. Сидел с 6 мес., первые шаги с одного года. К году были отдельные слова, фразовая речь к 2 годам, словарь накапливал быстро. Развивался соответственно возрасту. Всегда был многоречивым, любил порассуждать. С 4 лет появились фантазии агрессивного характера («Звездные войны»). Любил слушать чтение, смотреть мультфильмы. Рос ласковым, эмоциональным, добрым, мог сам приласкаться. Ходил в детский сад, отмечали некоторую неусидчивость, повышенную подвижность. В школе с 7 лет, к школе привык быстро. По программе успевал. Подружился с детьми. В возрасте 11 лет, без видимой причины, изменился: постепенно стал отстраненным, нелюдимым. Практически все время проводил один на улице: ходил по помойкам, собирал старые вещи. Стал холоден к близким. Со временем становился все более жестоким, озлобленным. Издевался над бабушкой: обзывал, щипал ее, мог ударить. Со слов мамы, получал от этого удовольствие. Также издевался над матерью, изводил придирами. С отцом был груб, оскорблял его. Цинично рассуждал о том, что если он «убьет родителей, ему ничего не будет». В школе отмечались непрерывные драки с детьми. Избил одного из мальчиков, спустя два дня сломал ему нос. Пытался поджигать гаражи во дворе. Был поставлен на учет в детской комнате милиции. Во время очередной ссоры дома ударил отца ножом в бедро, вызывали «скорую помощь». Госпитализирован по неотложным показаниям в детскую психиатрическую больницу.

Психический статус.

Контактирует охотно, многоречив. Держится без дистанции. Выражение лица застывшее. Глазного контакта избегает. Речь быстрая, монотонная, со своеобразными интонациями. Отвечает не всегда в плане заданного вопроса, перескакивает с одной темы на другую. Охотно рассказывает о совершенных им проступках. С видимым удовольствием, смакуя подробности, сообщает о том, как избивает детей в классе, как ударил отца ножом — в такие моменты улыбается, оживляется. Вспоминает о том, как он убивал животных на улице, как хотел убить бабушку, но побоялся. О родителях говорит без теплоты, с оттенком презрения. Заявляет, что ненавидит бабушку. Грубо не критичен к своему поведению. Ничем не интересуется, нет планов на будущее. Любит гулять по улице, искать «ценные вещи». Нравится поджигать что-нибудь. В отделении ни с кем не общается, постоянно угрожает детям («убью, покалечу»). Собирает и прячет острые предметы (обломки карандашей, игрушек), пытался смастерить нож.

У В. в препубертатном возрасте развилась психопатоподобная (гебоидная) шизофрения.

П., 15 лет.

Из анамнеза.

Дедушка по линии матери наблюдается психиатром по поводу эндогенного заболевания, лечился в психиатрической больнице. Ребенок от второй беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок, самостоятельные. Закричал сразу. Вес 3600 г, рост 51 см. В грудном возрасте был спокойным, спал, ел достаточно. Наблюдался неврологом по поводу перинатальной энцефалопатии, получал лечение. Раннее развитие соответствует возрасту. Детские учреждения посещает с 5 лет, привыкал быстро. Рос капризным, расторможенным, драчливым, с трудом удавалось удержать в коллективе, не подчинялся режиму детского сада. Друзей не было. В школу пошел подготовленным — читал, считал. Успевал хорошо до 4-го класса, далее «пропала охота учиться». Получает много замечаний по поведению: конфликтен, расторможен, драчлив, срывает уроки. Не понимает требований дисциплины. В классе ни с кем не дружит. Переведен на надомное обучение в связи с трудностями в поведении, драчливостью. Дома интересы исключительно игровые: смотрит мультфильмы, играет в компьютерные игры. Со слов мамы, «как маленький ребенок». Трудно привлечь к какому-либо полезному делу (например, помочь по дому). Из-за этого дома постоянные конфликты. Общается с детьми намного моложе его. Любит фантазировать на сказочные темы, предпочитает фильмы подобного содержания.

Психический статус.

Контакт формальный. Выражение лица маловыразительное. Эмоционально беден, тускл. Держится отстраненно, несколько оживляется при рассказе о своих увлечениях, мультфильмах, видеофильмах и играх сказочного содержания. В такие моменты становится многоречив, сбивчив.

Ориентирован правильно. Речь фразовая, с достаточным словарным запасом. Интеллект на уровне невысокой нормы. При этом очень поверхностен, не критичен. Интересы исключительно игровые, любит сказки, фильмы ужасов. Из книг читает только сказки и фантастику. Планов на будущее нет. Равнодушно относится к учебе, не понимает, для чего это нужно. Со сверстниками общаться не любит, не находит общего языка, из-за чего бывают конфликты. Виновным себя не считает, перекладывает вину на окружающих — «они сами первые задираются». Нравится играть с более младшими детьми. О родителях говорит с оттенком потребительства, без теплоты. Жалуется, что мама не разрешает смотреть телевизор, «сколько захочется».

П. страдает вялотекущей (психопатоподобной) шизофренией с синдромом психического инфантилизма.

21.4.2. Шизофрения с началом в позднем возрасте

После 50 лет шизофрения развивается сравнительно редко. Среди форм шизофрении преобладает параноидная. Реже возникает приступообразная шизофрения. Возможность манифестации у пожилых вялотекущей и злокачественной форм сомнительна.

В целом поздней шизофрении свойственны стертость, атипичность симптоматики, ее возрастная окраска, относительно благоприятное течение.

Параноидная шизофрения проявляется мелкомасштабным бредом материального ущерба, ревности, отравления, ипохондрическим. Вербальные галлюцинации сочетаются с обонятельными и тактильными. Из психических автоматизмов в основном выявляются сенестопатические.

Для приступообразной шизофрении особенно характерны затяжные тревожные, бредовые и ипохондрические депрессии. Реже возникают атипичные мании.

В межприступных промежутках сохраняются аффективные колебания, резидуальные бредовые нарушения.

Шизофрения с поздним началом, как правило, не приводит к глубокому психическому дефекту. Негативные изменения личности в значительной мере нивелируются, перекрываются стойкими психическими изменениями сосудисто-возрастного генеза.

21.5. Рубрикация шизофрении в МКБ-10

В МКБ-10 шизофрения входит в раздел «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства». Границы шизофрении существенно сужены. Подраздел «Шизофрения» включает параноидную, бредовую, кататоническую, гебефреническую, простую формы болезни, недифференцированную шизофрению и остаточную шизофрению (длительно сохраняющаяся негативная симптоматика после одного или нескольких психотических приступов с характерными для шизофрении клиническими

признаками). Предусмотрено выделение «детского типа», к которому отнесены случаи шизофрении с ранним началом и олигофреноподобным дефектом. Отражение в диагнозе варианта течения шизофрении возможно, но не обязательно.

Вялотекущие неврозоподобная и психопатоподобная формы шизофрении выведены за рамки подраздела «Шизофрения». Их диагностика допускается в качестве разновидностей «шизотипического расстройства» — длительного непсихотического расстройства, проявления которого имеют клиническое сходство с вялотекущей шизофренией, шизоидными или паранойяльными расстройствами личности. Однако типичные (согласно МКБ-10) симптомы шизофрении не выявляются.

Существенный признак шизотипического расстройства — отсутствие прогрессивности. Согласно МКБ-10, эту диагностическую рубрику широко использовать не рекомендуется. Однако в отечественной практике она применяется достаточно часто. Отношение больных и врачей к шизотипическому расстройству достаточно позитивное. Этот диагноз меньше «пугает» пациентов, медиков и родственников.

Кратковременные (до одного месяца) галлюцинаторно-бредовые, аффективно-бредовые психозы с характерными в большей или меньшей степени для шизофрении клиническими признаками в МКБ-10 классифицируются в особых подразделах или рубриках как «острые полиморфные расстройства с симптомами шизофрении», «острое шизофреноподобное психотическое расстройство» или «шизоаффективные расстройства». При длительности таких психозов более одного месяца диагноз меняется на «приступообразную шизофрению». Это понятие соответствует совокупности периодической и шубообразной шизофрении в отечественной классификации.

Кроме перечисленных диагностических категорий в расстройства шизофренического спектра включены острый и хронический бред, которые не удовлетворяют ни диагностическим признакам шизофрении, ни психоорганическим расстройствам. К ним относятся реактивный параноид (см. главу 23, раздел 23.1.3), инволюционный параноид (см. главу 18), паранойя (см. главу 24).

21.6. Этиология и патогенез

Шизофрению относят к болезням наследственного предрасположения, реализации которого часто, но не всегда способствуют различные внешние вредности.

О значении наследственной отягощенности в развитии шизофрении прежде всего свидетельствуют многочисленные клинко-генетические исследования. Такие исследования показали, что среди кровных родственников больных шизофренией доля лиц, также страдающих шизофренией или являющихся шизоидными психопатами, существенно выше, чем среди родственников здоровых людей. Известно, что если

один из однояйцовых близнецов заболевает шизофренией, то вероятность возникновения этой же болезни у второго составляет 70%, а по некоторым данным — 90%. Вместе с тем до сих пор еще не установлен тип наследования шизофрении, не известна ее молекулярно-генетическая основа.

Определенное значение в развитии шизофрении придается преморбидным особенностям личности. Значительная часть больных шизофренией до начала заболевания обладают шизоидными свойствами разной степени выраженности.

Фактор пола существенного влияния на возникновение шизофрении не оказывает: распространенность шизофрении среди мужчин и женщин одинакова. В то же время у женщин течение болезни в целом более благоприятное, доля приступообразных форм шизофрении у них выше, тогда как у мужчин выше доля непрерывнотекущих форм.

Неблагоприятным внешним воздействиям ситуационного и биологического порядка отводится провоцирующая, «выявляющая» роль в развитии шизофрении. Среди таких провоцирующих факторов особенно актуальны острый эмоциональный стресс, острые соматические и инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, роды, в том числе физиологические.

Психологические и биологические вредности часто предшествуют манифестации шизофрении. Однако у значительной доли больных шизофрения возникает «спонтанно» (без предшествующих стрессовых воздействий).

Шизофрения нередко развивается на измененной биологической или социально-психологической «почве» (церебрально-органическая недостаточность, алкоголизм, наркомании, затяжные соматические заболевания, хронические психотравмирующие ситуации). В основном признается патопластическое влияние измененной биологической и социально-психологической почвы, т.е. влияние на клиническое оформление шизофрении и, в известной мере, на ее динамику. Вместе с тем нельзя исключить и определенного участия этих изменений в выявлении болезни.

Патогенез шизофрении фактически остается неясным, хотя проведены тысячи исследований этой проблемы.

К настоящему времени у больных шизофренией установлены многообразные патологические изменения разной степени постоянства и достоверности на нейрофизиологическом, биохимическом, анатомическом, клеточном и даже молекулярном уровне. Однако сформулировать и убедительно обосновать концепцию патогенеза шизофрении пока не удается.

Из изменений биоэлектрической активности особенно часто обнаруживают угнетение альфа-ритма. Многочисленны гипотезы, объясняющие патогенез шизофрении с позиций нарушенного функционирования тех или иных нейромедиаторных систем (норадренергической, серотонинергической, ГАМКергической, глутаматергической).

Наибольшее распространение получила дофаминовая концепция, в соответствии с которой усиление активности дофаминергической системы в одних структурах мозга и ее угнетение в других являются ведущими или одними из ведущих патогенетических механизмов шизофрении.

Обнаружены многообразные патоморфологические изменения в различных мозговых структурах. Выявлено некоторое увеличение объема желудочков мозга у больных шизофренией. Найдены различные патологические изменения в нейронах, особенно 3, 5, 6-го слоев коры головного мозга. Однако связать с этими и другими изменениями патогенез шизофрении до сих пор не получается.

Весьма распространены представления об эндотоксической, токсико-гипоксической, дистрофической энцефалопатии как патоморфологической основе шизофрении.

21.7. Диагноз и дифференциальный диагноз

В диагностике шизофрении и ее отграничении от клинически сходных других психических заболеваний важную, часто решающую роль играет выявление характерных для шизофрении негативных изменений личности. Возникновение и нарастание апатии, абулии, аутизма, дезинтеграции психики, трудностей общения, своеобразных расстройств мышления — кардинальные диагностические признаки шизофрении. Шизоидизация личности часто предшествует манифестации шизофрении, что является существенным критерием ее отграничения от других психозов.

Вместе с тем у части больных на ранних этапах шизофрении, включая манифестный, негативные изменения личности отсутствуют или «перекрываются» продуктивной симптоматикой. В этих случаях ведущее диагностическое значение приобретают клинико-динамические особенности продуктивных психических расстройств, часть из которых типична для шизофрении и редко встречается или почти не встречается при других психических заболеваниях. Перечень этих расстройств приведен в главе 25, раздел 25.1.

При дифференциальной диагностике шизофрении принимают во внимание такие присущие клиническим проявлениям этой болезни свойства, как необычность, вычурность, парадоксальность, атипичность (для шизофрении «типично все атипичное»).

МКБ-10 содержит перечень диагностических признаков шизофрении, которые в основном включают проявления синдрома Кандинского—Клерамбо и типичные для шизофрении негативные изменения личности. К диагностическим показателям шизофрении относятся:

- ассоциативные автоматизмы (эхо мыслей, вкладывание, отнятие мыслей, симптом открытости);
- двигательные, сенестопатические автоматизмы;
- вербальные галлюцинации комментирующего характера;

- стойкий бред особо абсурдного содержания, фантастический, космический бред величия;
- постоянные галлюцинации, относящиеся к любым органам чувств;
- обрывы мыслей, насильственные мысли, разорванность речи, неологизмы;
- кататонические симптомы;
- апатия, эмоциональное обеднение, отгороженность, снижение социальной активности;
- выраженные нарушения поведения, включая обеднение интересов, дезорганизацию психики, абулию.

Условие диагностики шизофрении — наличие одного или двух признаков в течение месяца или более.

Первые приступы аффективно-параноидной и галлюцинаторно-параноидной структуры в рамках рекуррентной и шубообразной шизофрении дифференцируют с психозами экзогенно-органической, соматической этиологии, реактивными параноидами.

Особенно сложным бывает разграничение циркулярной шизофрении и маниакально-депрессивного психоза (МДП). Учитываются ограниченность возможных проявлений депрессий и маний в рамках МДП и отсутствие при нем личностных изменений в периоды между приступами. При циркулярной шизофрении депрессии и мании в той или иной мере атипичны, часто удается обнаружить в их структуре дополнительные симптомы, исключающие диагноз МДП (отдельные психические автоматизмы, рудиментарные идеи преследования, воздействия, отрывочные галлюцинаторные феномены). Со временем выявляются неглубокие, но характерные для шизофрении изменения личности.

Трудной и длительной бывает дифференциальная диагностика вялотекущей неврозоподобной шизофрении с неврозами и психопатоподобной шизофрении — с психопатиями. Симптоматика неврозоподобной шизофрении, в отличие от невротических проявлений, не обнаруживает устойчивых хронологических связей с психотравмирующей ситуацией. Ей свойственны больший полиморфизм, сочетание малосовместимых расстройств, наличие субпсихотических эпизодов. Изменения личности, возникающие при хронических неврозах (в рамках невротического развития), отличаются от шизофренического дефекта. Формируются психопатические черты, которые обычно соответствуют преморбидным характерологическим особенностям и клинической форме невроза. Так, у больных неврозом навязчивых состояний появляются психастенические свойства личности, у больных истерическим неврозом — истероидные патохарактерологические особенности.

Поведенческие нарушения у психопатов проявляются во многих случаях раньше, чем психопатоподобная симптоматика у больных шизофренией. Клиническая картина психопатоподобной шизофрении более динамична, обнаруживает тенденцию к прогрессированию, включает симптомы, не свойственные психопатиям. Аномальные фор-

мы поведения у больных шизофренией носят более грубый, одиозный характер.

Распространенность

Распространенность шизофрении, по данным разных исследований, колеблется от 1,9 до 11 человек на 1000 человек населения, т.е. от 0,19 до 1,1%. Чаще всего называются показатели 4–8 больных шизофренией на 1000 человек населения. У детей до 12 лет заболеваемость шизофренией в несколько раз ниже (0,17–0,4 на 1000). Самые высокие показатели распространенности шизофрении (от 8 до 11 человек на 1000) приходятся на возраст от 18 до 44 лет.

21.8. Прогноз

Прогноз шизофрении варьирует в широком диапазоне и в первую очередь зависит от типа ее течения, конкретной клинической формы.

Злокачественная шизофрения всегда приводит к конечному состоянию, приравняемому по тяжести к деменции (шизофреническому слабоумию). Больные в конечном состоянии, за редкими исключениями, не удерживаются дома и постоянно находятся в стационарах или психоневрологических интернатах. Все они становятся инвалидами I группы.

Клинический и социальный прогноз у большинства больных параноидной шизофренией также неблагоприятен. Часть из них на отдаленных этапах эндогенного процесса удерживаются дома, но нетрудоспособны, не только вследствие хронической галлюцинаторно-параноидной симптоматики, но и в результате выраженности эмоционально-волевого дефекта, формальных расстройств мышления. У меньшей части больных параноидной формой развивается относительно неглубокий психический дефект. В таких случаях возможна длительная сохранность частичной трудоспособности и приемлемого уровня социальной адаптации.

Прогноз шубообразной шизофрении зависит от темпа нарастания личностных изменений, тяжести, длительности и частоты приступов. Прогностически неблагоприятна шубообразная шизофрения с быстро формирующимся психическим дефектом, который со временем становится близким по глубине к конечным состояниям у больных злокачественной шизофренией. Относительно благоприятный прогноз имеют те случаи шубообразной шизофрении, у которых прогрессивные тенденции сходны с таковыми при вялотекущей шизофрении, а приступы стерты, редкие, с симптоматикой непсихотического уровня. Остальные случаи шубообразной шизофрении в прогностическом отношении занимают промежуточные позиции между двумя вышеназванными крайними вариантами.

Рекуррентная шизофрения в целом имеет достаточно благоприятный медицинский и социальный прогноз, вследствие малой выражен-

ности негативных изменений личности или их отсутствия (стойкая интермиссия или практическое выздоровление). Вместе с тем необходимо отметить, что фебрильные приступы могут привести к летальному исходу. Тяжесть, длительность или частое возникновение приступов рекуррентной шизофрении становятся причиной нарушения социальных связей и инвалидизации больных.

К прогностически относительно благоприятным формам относится вялотекущая шизофрения. Негативные изменения личности неглубоки даже спустя много лет от начала болезни. Многие больные вполне трудоспособны и по формальным показателям достаточно адаптированы в социальной среде. Эпидемиологические психиатрические обследования значительных контингентов общего населения показали наличие больных вялотекущей шизофренией, которые никогда не обращались за психиатрической помощью и не рассматривались окружающими как психически больные, хотя и считались людьми трудными в общении, чудаковатыми, странными. Вместе с тем обильные и стойкие фобии, obsessions, двигательные навязчивости, деперсонализация, хроническая субдепрессия, более выраженные изменения личности становятся у части больных источником частичной или полной утраты трудоспособности.

К общим прогностически малоблагоприятным признакам при шизофрении относятся:

- наследственность, отягощенная шизофренией или шизоидной психопатией;
- преморбидные шизоидные свойства личности;
- патологически измененная почва в виде церебрально-органической недостаточности;
- неблагоприятная микросоциальная ситуация (одиночество, хронические семейные или служебные конфликты);
- раннее начало шизофрении;
- спонтанная манифестация болезни (без предшествующих острых эмоциональных или биологических стрессов);
- постепенное, а не острое развитие клинических проявлений;
- преобладание негативных расстройств над продуктивными;
- наличие люцидно-кататонической, гебефренной симптоматики, хронического вербального галлюциноза.

21.9. Лечение и реабилитация

В лечении больных шизофренией используются практически все методы биологической терапии и большинство методов психотерапии.

Биологическая терапия

Ведущее место в биологическом лечении шизофрении принадлежит психофармакотерапии. Основные используемые классы психотропных

средств — нейролептики и антидепрессанты. Препараты других классов применяются реже.

При злокачественной шизофрении назначают высокие дозы наиболее мощных нейролептиков с общим антипсихотическим действием (азалептин, клопиксол, рisperолепт, аминазин) с целью приостановить прогрессирование болезни и смягчить ее проявления. Однако терапия, как правило, оказывается недостаточно эффективной.

При параноидной шизофрении используют нейролептики-антипсихотики (галоперидол, трифтазин, рisperолепт, азалептин, сероквель, оланзапин, флюанксол). После улучшения состояния, частичной редукции галлюцинаторно-бредовых расстройств проводят длительную (обычно многолетнюю) поддерживающую терапию, часто теми же препаратами, но в меньших дозах. Применяются депонированные формы нейролептиков (флюанксол-депо). В первые 1–2 года после развития галлюцинаторно-параноидных расстройств возможно проведение инсулинокоматозной терапии (с согласия больного или его родственников). Особой резистентностью к терапии обладают паранойяльный синдром и хронический вербальный галлюциноз.

Длительное использование нейролептиков нередко приводит к непереносимости больным препаратов, преимущественно в виде неврологических побочных эффектов и осложнений (нейролепсия, поздние дискинезии). В этих случаях должны применяться атипичные нейролептики, не вызывающие или почти не вызывающие побочных неврологических действий (лепонекс, рisperолепт, оланзапин, сероквель, зелдокс).

При рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофрении выбор препаратов определяется синдромальной структурой приступов. Больным с депрессивными приступами показаны наиболее активные антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин, анафранил), которые обычно сочетают с невысокими дозами нейролептиков, не обладающих депрессогенным действием (трифтазин, этаперазин, рisperолепт, оланзапин, кветиапин). У больных с депрессивно-параноидными состояниями применяют ту же комбинацию препаратов, но дозы нейролептиков должны быть значительными или высокими. При неэффективности вышеназванных антидепрессантов могут быть назначены золофт, рексетин, паксил или другие тимоаналептики из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Маниакальные приступы чаще всего лечат галоперидолом, топралом, лепонексом в сочетании с оксибутиратом или карбонатом лития. Те же препараты используют у больных с маниакально-бредовыми состояниями.

При онейроидной кататонии назначают нейролептики с растормаживающим эффектом (флюанксол, рisperолепт, эглонил). В случае неэффективности нейролептиков показана электросудорожная терапия.

У больных с психомоторным возбуждением в структуре разных приступов используют инъекционные нейролептики с затормаживающи-

ми свойствами (клопиксол-акуфаз, аминазин, тизерцин, галоперидол, топрал).

Лечение фебрильной шизофрении по возможности проводят в реанимационных отделениях. Применяют активную дезинтоксикацию, включая гемосорбцию, гемодез, а также симптоматическую терапию и иногда аминазин. В случаях особой тяжести состояния, по витальным показаниям, проводят ЭСТ.

В периоды между приступами осуществляется амбулаторная терапия для стабилизации ремиссии и предупреждения новых приступов. Часто применяются те же препараты, что во время приступов, но в меньших дозах. При высоком удельном весе аффективных расстройств в структуре приступов назначают на длительное время нормотимики (карбонат лития, финлепсин, вальпроат натрия, ламиктал).

Медикаментозное лечение вялотекущей шизофрении проводится сочетанием малых или средних доз нейролептиков — антипсихотиков или нейролептиков с более мягким действием (сонапакс, неулептил) и антидепрессантов. Во многих случаях назначают и транквилизаторы. При вялотекущей шизофрении с преобладанием фобий и obsessions назначают транквилизаторы-седатики (алпразолам, феназепам, лоразепам, реланиум), высокие дозы антидепрессантов и умеренные — нейролептиков.

В последние годы появилась возможность смягчать проявления психического дефекта. Такая способность обнаружена у атипичных нейролептиков (флюанксол, рисполепт, зипрекса, эглонил, сероквель, зелдокс).

Психотерапия и социальная реабилитация

Психотерапия занимает существенное место в лечении больных шизофренией.

При наличии выраженной психотической симптоматики (параноидная шизофрения, психотические приступы рекуррентной и шубообразной шизофрении) больные нуждаются в участии, ободрении, поддержке врача. Демонстрация скептического отношения к бредовым суждениям, попытки их опровержения непродуктивны, приводят лишь к нарушению контакта между врачом и пациентом. Оправданы разъяснения, какие высказывания и формы поведения пациента оцениваются окружающими как болезненные. Полезна семейная психотерапия (психотерапевтическая работа с родственниками пациента, направленная на формирование правильного отношения к его болезненным высказываниям и поведению, на устранение внутрисемейных конфликтов, часто возникающих вследствие болезненно измененного поведения члена семьи).

При непсихотическом уровне расстройств (ремиссии приступообразной шизофрении, вялотекущая шизофрения) показана систематическая психотерапия, преимущественно рациональная (когнитивная) и поведенческая. Используются приемы стимулирующей, отвлекающей

психотерапии. Применяются специальные методики, направленные на устранение тех или иных расстройств, например функциональные тренировки при транспортных фобиях.

Такие методы, как гипносуггестивная психотерапия, аутогенная тренировка, психоаналитическая психотерапия, применяются у больных шизофренией ограниченно, в связи с риском ухудшения состояния больных и невысокой эффективностью.

Социальная реабилитация показана почти всем больным шизофренией (исключение составляют больные с сохранной трудоспособностью и достаточной социальной адаптацией).

Даже при хронической психотической симптоматике, глубоком личностном дефекте с полной инвалидизацией систематическое применение социально-реабилитационных мероприятий в сочетании с фармако- и психотерапией позволяет у ряда больных частично восстановить основные навыки самообслуживания, вовлечь больных в несложную трудовую деятельность.

В таких случаях процесс социальной реабилитации носит многоэтапный характер. Он часто начинается еще в период госпитализации с привлечения больных к выполнению простых хозяйственных заданий. Далее больные систематически выполняют несложную работу в отделении, а затем в лечебно-трудовых мастерских при больнице. После выписки из стационара они продолжают работу в лечебно-трудовых мастерских, переходя ко все более сложным операциям. При успешном реабилитационном процессе возможно возвращение к труду, не требующему высокой квалификации, на специальных предприятиях для психически больных или даже в условиях общего производства. Для этого больных приходится обучать новым, доступным по психическому состоянию трудовым навыкам.

При вялотекущей шизофрении, рекуррентной шизофрении с редкими приступами правильно организованная социальная реабилитация в комплексе с лечением нередко позволяет сохранить или восстановить доболлезненный профессиональный, семейный и общественный статус.

Профилактика

Первичная профилактика шизофрении в настоящее время ограничивается медико-генетическим консультированием. Цель его — на основе оценки психического состояния родителей и изучения их генеалогических данных определить риск возникновения шизофрении у потомства и оказать содействие в принятии решения.

Если один из родителей болен шизофренией, риск возникновения этого же заболевания у детей равен 14%, если оба родителя страдают шизофренией, риск повышается до 46%. В случае развития шизофрении у одного из дизиготных близнецов, риск ее возникновения у второго составляет 23%. Если близнецы монозиготные, риск возрастает до 70% (В.И.Трубников).

Прогноз риска заболевания шизофренией для потомства должен излагаться в щадящей форме, с учетом отношения обратившихся за консультацией к деторождению и других обстоятельств.

Вторичная профилактика шизофрении (цель — предупреждение обострений и рецидивов) и *третичная профилактика* (цель — замедление, приостановка процессов формирования психического дефекта) заключаются в длительной амбулаторной фармако- и психотерапии и социально-реабилитационных мероприятиях.

Глава 22.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Под биполярными аффективными расстройствами в отечественной литературе традиционно рассматривается маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, циклофрения, циклотимия) — эндогенное заболевание, которое протекает в виде приступов или фаз с аффективными расстройствами, светлыми промежутками между приступами, т.е. полным восстановлением психического здоровья и отсутствием изменений личности, независимо от количества перенесенных приступов. Заболевание может протекать в виде биполярных и монополярных приступов.

Термин «циклотимия» впервые применил К.Кальбаум для мягких, ослабленных вариантов болезни. В 1883 г. Э.Крепелин назвал это заболевание «циркулярной болезнью».

22.1. Маниакально-депрессивный психоз

Для аффективных психозов характерно чередование аффективных психотических приступов, или фаз, светлых промежутков, отсутствие изменений личности после многократных приступов болезни.

Для оценки психотических приступов пользуются термином «фаза», после минования фазы полностью восстанавливается психическое здоровье, продолжительность фаз различна — от нескольких дней до нескольких лет.

Для аффективных психозов характерна сезонность возникновения расстройств. У некоторых больных приступы болезни возникают в определенные месяцы, чаще весной и осенью.

Приступы болезни проявляются в виде аффективных расстройств, изменений в мыслительной и двигательной сферах. При маниакальных и депрессивных состояниях эти нарушения носят противоположный характер.

Для депрессивных и маниакальных состояний характерны вегетативные и соматические расстройства, свидетельствующие о «симпатико-тонической направленности» вегетативной нервной системы (В.П.Протопопов).

Депрессивные состояния

Депрессивные состояния характеризуются триадой психических расстройств: пониженным настроением, замедлением мыслительных процессов и двигательной заторможенностью.

Пониженное настроение, подавленность, тоска являются характерными признаками депрессии, выраженность эмоциональных нарушений различна — от легких степеней подавленности до состояний безысходности и отчаяния. Мучительны переживания «предсердечной тоски» с ощущением тяжести в области сердца, иногда с ощущением жгучей боли.

Возникновению депрессивного состояния иногда предшествуют нарушения сна, аппетита, неприятные ощущения в области сердца, тахикардия, сухость в рту, запоры. Такое состояние оценивается как соматическое заболевание, так как эмоциональные нарушения еще не выражены. В тяжелых случаях нарастает мучительное переживание тоски, не сравнимое с житейским горем. Никакие радостные события не могут вывести больного из этого состояния. Наиболее тяжелой формой проявления аффекта тоски является раптус меланхоликус — «взрыв тоски», который проявляется во внезапном взрыве отчаяния с возбуждением, стонами, стремлением нанести себе повреждения, суицидальными попытками.

При депрессивных состояниях наблюдаются четкие суточные колебания: по утрам наблюдается усиление тоски и тревоги, а к вечеру наступает ее некоторое ослабление.

Внешний вид больных соответствует их аффективным переживаниям: мимика и выражение глаз говорят о скорби и печали, при тяжелых депрессиях глаза остаются сухими, мигание редкое, губы плотно сжаты, углы рта опущены, отмечается сухость во рту. Больные сидят в согбенной позе, с опущенной головой, прижатыми к туловищу руками, сдвинутыми коленями. Больные отвечают на вопросы с большой задержкой, односложно, тихим голосом, жалуются на отсутствие мыслей или одну мысль о желании умереть. Внимание сосредотачивается с трудом, память на прошлое не страдает, фиксация текущих событий затруднена. Любое интеллектуальное напряжение кажется непреодолимым, поэтому они считают себя «идиотами», «тупицами».

Выраженность двигательной заторможенности различна — от легкой степени до депрессивного ступора.

Стремление к самоубийству постоянно наблюдается при депрессивных состояниях, поэтому такие больные нуждаются в постоянном надзоре и контроле за их действиями. Суицидальные попытки могут носить импульсивный характер в момент взрыва тоски и более целенаправленный, с подготовкой к суицидальной попытке заранее.

Нарушения мышления могут выражаться в сверхценных и бредовых идеях, обусловленных депрессивным аффектом. Часто наблюдаются бредовые идеи самообвинения, греховности, самоуничтожения. Утверждают, что недостойны находиться в больнице, получать лечение, есть, спать на постели, их необходимо отправить в тюрьму, уничтожить.

При утяжелении депрессии больные жалуются на отсутствие всякого чувства, они говорят, что стали как «чурки», как «деревяшки», что они ничего не чувствуют и от этого страдают.

При наличии дереализации больные говорят, что окружающий мир воспринимается не так четко, он утратил яркость красок, живость и жизненность, все воспринимается как через туман, непромытое стекло, дымку, все похоже на декорации.

При соматопсихической деперсонализации больные недостаточно четко воспринимают свое тело: «Я как бы растворяюсь в окружающем, не чувствую своих границ». У больных утрачивается чувство сытости, они не испытывают удовлетворения от опорожнения мочевого пузыря, не чувствуют, что спали ночью, хотя на самом деле спали.

Вегетативные и соматические расстройства обусловлены повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы: наблюдаются тахикардия, повышение артериального давления, сухость во рту, отсутствие аппетита, запоры, снижение массы тела на 10 кг и более, у женщин исчезают менструации.

В зависимости от преобладания той или иной симптоматики при депрессивной фазе выделяют *тревожно-ажитированную депрессию*, при которой наряду с тоской имеет место тревожное возбуждение, эти больные наиболее опасны в плане совершения суицидальных попыток; *ипохондрическую депрессию*, при которой в клинической картине преобладают ипохондрические расстройства; *маскированную депрессию* — в клинической картине преобладают различные двигательные, чувствительные и вегетативные расстройства, по типу депрессивных эквивалентов. Наиболее часто маскированные депрессии проявляются соматическими расстройствами, при этом больные жалуются на боли в различных частях тела. Боли носят мучительный характер, заставляют больных постоянно обращаться к врачу, подвергаться многочисленным исследованиям.

Аффективные расстройства выявляются только при специальном прицельном расспросе больных. Отмечаются слабость, утомляемость, ощущение разбитости, ранние пробуждения с тревогой. Эти аффективные расстройства обычно врачами оцениваются как реакция на соматическое заболевание. Однако выявляются суточные колебания интенсивности болей и часто сезонные колебания, например, больной постоянно посещает врача весной и осенью, а летом и зимой приходит очень редко. Эти особенности дают основание заподозрить маскированную депрессию. Назначение антидепрессантов в этих случаях часто приводит к значительному улучшению состояния.

Маниакальные состояния

Маниакальные состояния характеризуются противоположными депрессии симптомами: повышенным настроением, ускорением мыслительных процессов и возникновением различных ассоциаций и психомоторным возбуждением.

Маниакальные состояния могут быть относительно легкими — гипомании, средней тяжести — типичные маниакальные состояния и тяжелые — мания с бредом величия, мания со спутанностью.

Развитие маниакального состояния происходит постепенно. Больные испытывают прилив бодрости, улучшается настроение, появляется ощущение физического и психического благополучия. Все воспринимается в радужных красках, психические процессы протекают легко, с повышенной продуктивностью и ослаблением задержек, облегчающих переход к действию. Сон у больных непродолжительный, но глубокий.

Самооценка повышена, мимика живая, преобладает веселое настроение.

При нарастании маниакального состояния настроение становится неадекватным: необычно жизнерадостным, больные отличаются «неиссякаемой» энергией, их охватывает жажда деятельности, но из-за отвлекаемости внимания они не могут ни одно дело довести до конца. Ассоциации поверхностны, мышление ускорено.

У этих больных могут обнаружиться интересы и способности, которые до заболевания никто не замечал. Больные начинают писать стихи, рисовать, однако с нарастанием маниакального состояния продуктивность в этой деятельности становится все более и более беспорядочной.

Больные становятся расторможенными, усиливается сексуальность. Они легко заводят знакомства, вступают в сексуальные связи, говорят на эротические темы. Женщины ярко и броско одеваются, неумеренно пользуются косметикой, переоценивают свои внешние данные, рассказывают о своих любовных успехах, выглядят оживленными, веселыми. В этом состоянии утрачивается чувство такта, больные становятся фамильярными, громко говорят, шутят, смеются.

При нарастании маниакального состояния больные становятся возбужденными, говорят без умолку, голосом, как правило, охрипшим, пытаются петь, танцевать, во все вмешиваются. Мышление настолько ускорено, что больные не успевают высказать мысль до конца, часто выкрикивают отдельные слова. Это состояние называется «скачка идей» (*fuga idearum*). Из повышенного самочувствия легко возникают бредовые идеи величия. Речь чаще идет о болезненном преувеличении своих талантов, красоты, заслуг и достижений. По содержанию идеи жизненны, но не соответствуют истинному положению больного. Так, один больной утверждал, что он играл чуть ли не самую главную роль в революции. После высказанных сомнений стал говорить, что, возможно, не главную роль, но участвовал в революционных событиях.

Вегетативные расстройства характеризуются повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, у больных наблюдаются тахикардия, повышение артериального давления, значительная потеря массы тела, несмотря на хороший аппетит, у женщин отсутствуют менструации.

Выделяют несколько вариантов маниакального состояния: *веселая мания* (К.Леонгард назвал ее чистой манией), для которой характерно

веселое, радостное настроение — эйфория, сочетающаяся с прекрасным физическим самочувствием и переоценкой возможностей; *экспансивная мания*, при которой повышенное настроение сочетается со сверхценными идеями величия со стремлением к сверхактивной деятельности; *гневливая мания*, при которой аффект характеризуется не эйфорией, а гневливостью, стремлением к деятельности, ускорением мышления, за больными с гневливой манией крайне трудно обеспечивать в отделении уход, так как у них постоянно возникают конфликты.

22.2. Циклотимия

Это заболевание со сменой неглубоких аффективных состояний (фаз). Аффективные расстройства проявляются в виде гипоманий и субдепрессий, продолжительность которых различна — от нескольких дней до нескольких месяцев. В состояниях гипоманий обычно повышены работоспособность и разнообразная деятельность. При нарастании аффективных проявлений при гипомании больные обнаруживают расторможенность в поведении, появляются злоупотребление алкоголем, неразборчивые сексуальные связи, неоправданные покупки, долги и т.п. Во врачебной помощи нуждаются чаще больные с субдепрессией, при снижении продуктивности в работе. Среди родственников часто удается обнаружить больных, страдающих биполярным аффективным психозом (маниакально-депрессивным психозом, в традиционном понимании отечественных психиатров).

22.3. Аффективные расстройства у детей и подростков

Клинически очерченные аффективные расстройства не возникают у детей младше 12–14 лет, так как незрелость личностной структуры не допускает формирования типичных расстройств, хотя Т.П.Симпсон наблюдала депрессивное состояние в 2-летнем возрасте.

Однако аффективные расстройства у детей отличаются от состояний у взрослых, поэтому часто оцениваются неадекватно. В клинических проявлениях аффективных расстройств не содержится типичных симптомов, наблюдаемых у взрослых.

У детей ведущими являются вегетативные и соматические симптомы. Так, при *депрессиях* чаще наблюдаются нарушения сна и питания, сопровождающиеся вялостью и медлительностью. У детей отмечаются нарушения засыпания, ночные страхи, страхи темноты, жалобы на неприятные ощущения в теле, животе, груди. Обычно изменяется внешний вид: больные выглядят бледными, утомленными, похудевшими, ухудшается аппетит до полного исчезновения, появляются запоры. Дети отказываются от игр, контактов с другими детьми, становятся капризными, плаксивыми будто бы без причины.

У младших школьников собственно психический компонент депрессий более отчетлив: на фоне вегетативно-соматических нарушений появляются затруднения в обучении, они становятся медлительными, жалуются на слабость, становятся менее общительными, хмурыми, молчаливыми, часто появляется не свойственная ранее робость, застенчивость.

Симптоматика часто нарастает волнообразно. Считается, что средняя продолжительность депрессивных состояний — 8–10 нед.

Маниакальные состояния у детей, несмотря на атипичность проявлений, более заметны, так как наблюдаются нарушения поведения: свойственные детям живость и веселость во время игр усиливаются, дети становятся расторможенными и неуправляемыми. Ребенок делается неугомонным, не знает меры в своей деятельности, не может соразмерить свои возможности.

Внешне дети выглядят оживленными: лицо часто гиперемировано, глаза блестят, постоянно раздается смех, речь ускорена.

Диагностика облегчается, если течение болезни становится биполярным.

Аффективные расстройства у подростков с возраста 10–12 лет по клиническим проявлениям мало отличаются от аффективных расстройств у взрослых. В этом возрасте девочки заболевают в 3 раза чаще, чем мальчики, и заболевание чаще начинается с депрессивного состояния. У подростков наблюдаются заторможенность в моторике и речи, снижение активности, нерешительность, вялость, пассивность, появляются достаточно осознанные переживания тоски, апатии, подавленности, грусти, скуки или тревоги, беспокойства, невозможности сосредоточиться, интеллектуальной притупленности.

Депрессии у подростков могут протекать в виде подростковых депрессивных эквивалентов. А.Е.Личко выделял делинквентный вариант, характеризующийся возникновением не свойственных ранее подростку форм поведения, с конфликтами, стремлением делать «на зло», отказами от посещения школы, вхождением в асоциальные компании.

А.Е.Личко подчеркивал, что на всем поведении лежит как бы печать отчаяния, подростки склонны к аутоагрессии и суицидальным попыткам.

Ипохондрический эквивалент проявляется различными ипохондрическими жалобами, подростки раздражительны, плаксивы, говорят только о болезни, уклоняются от посещения школы. Выделяют еще несколько вариантов эквивалентов подростковой депрессии (см. главу 10).

При маниакальных состояниях наряду с гиперактивностью, повышенным самочувствием, стремлением к деятельности, неугомонностью и отвлекаемостью обнаруживаются психопатоподобные формы поведения. Психопатоподобное поведение проявляется не только в нарушениях школьной дисциплины, но и в алкоголизации, правонарушениях, агрессии. Такие больные грубы, развязны, с расторможенными влечениями и склонностью к различным эксцессам. Достаточно четко выступает сезонность аффективных расстройств.

22.4. Этиология и патогенез

До настоящего времени этиологические факторы развития аффективных психозов неизвестны, выявлено несколько закономерностей в развитии этих заболеваний. К ним относятся наследственное предрасположение, биохимические и биологические изменения в организме, возраст, пол и конституциональные особенности.

Наследственному фактору придавали большое значение еще Ж.Фальре и Э.Крепилин. Риск заболевания аффективными психозами у сибсов и дизиготных близнецов составляет 20–25%, а у монозиготных — 66–96%, в связи с этим высказывается предположение о доминантной передаче болезни с эффектом одного гена и его неполной пенетрантностью (F.Kallmann). Существует точка зрения, что именно пол определяет эту пенетрантность и, как правило, у больных женщин. Высказывается гипотеза, что возможна связь сцепления генов, участвующих в развитии аффективных психозов, с X-хромосомой (М.Е.Вартанян).

Патогенез аффективных психозов связан с нарушением синаптической передачи в системе нейронов гипоталамуса и других базальных отделов мозга, которые связаны с формированием таких особенностей психики, как бодрствование, скорость психических реакций, фон настроения, аффективные состояния. В центре внимания оказались аминовые системы дофамина, норадреналина, фенилэтиламина и серотонина. Возникновение депрессии пытались объяснить нехваткой нейромедиаторов (норадреналина и серотонина) в синаптических щелях. Это соответствовало ингибированию обратного захвата нейромедиаторов трициклическими антидепрессантами. Однако постепенно выяснилось более сложное и комплексное действие антидепрессантов, нельзя было не учитывать роль пре- и постсинаптических рецепторов и активность других ферментов, в том числе моноаминоксидазы.

Роль серотониновой иннервации в возникновении депрессивных состояний подтверждается положительным действием антидепрессантов, блокирующих обратный захват серотонина в синапсах.

По-видимому, основное биологическое нарушение состоит в дезинтеграции комплексного взаимоотношения центральных систем, связанного со сдвигами и количественными отклонениями циркадных ритмов биогенных аминов и их метаболитов (К.Зайдель, Р.Убельхак).

22.5. Диагностика и лечение аффективных расстройств

Диагностика

Для биполярного аффективного психоза (МДП) характерны приступообразное течение, полное восстановление психического здоровья между приступами и отсутствие изменений личности после многократных приступов болезни. Каждый приступ характеризуется четкой связью и

единством как психопатологических, так и вегетативно-соматических нарушений с явным преобладанием симпатикотонии. В отличие от маниакально-депрессивного психоза при периодической (рекуррентной) шизофрении чаще обнаруживается несоответствие как между аффективными, двигательными и идеаторными расстройствами, так и вегетативно-соматическими, при которых не наблюдается преобладания симпатикотонии.

При маниакально-депрессивном психозе чаще обнаруживается наследственное предрасположение: у родителей или близких родственников наблюдаются либо отчетливые приступы болезни, либо субклинические колебания настроения. Для этого заболевания характерны сезонный характер приступов с учащением их весной и осенью и суточные колебания настроения во время приступов, более отчетливые при депрессивных состояниях (в утренние часы депрессия более выражена, к вечеру состояние несколько улучшается).

Прогноз

Прогноз при биполярном аффективном психозе в целом благоприятный, так как фазы болезни заканчиваются полным восстановлением здоровья, социального статуса и трудоспособности. При затяжных фазах и при значительном сокращении светлых промежутков прогноз ухудшается. Это наблюдается и при континуальном течении, при котором наблюдается переход из одной фазы в другую без светлых промежутков.

Для оценки прогноза имеет значение возраст, к которому относится начало заболевания, клинические проявления первой фазы. Отмечено, если первая фаза маниакальная, то статистически подтверждается монополярное течение с несколькими фазами.

При рано начавшемся заболевании с монополярными маниями к 50–60 годам может наступить выздоровление, при монополярных депрессиях это наблюдается реже, но частота фаз в пожилом возрасте может уменьшиться. Прогноз при биполярном течении хуже, реже наблюдается выздоровление.

У больных, страдающих маниакально-депрессивным психозом, сравнительно часто наблюдаются соматические осложнения, у них обнаруживаются гипертоническая болезнь и диабет.

Лечение и профилактика

Лечение при маниакально-депрессивном психозе как в маниакальной, так и в депрессивной фазе комплексное и состоит из биологической терапии, социо- и психотерапии.

Депрессивные состояния. Выбор лекарственных средств зависит от выраженности депрессивного состояния и дополнительных симптомов, осложняющих его течение. При тяжелых депрессиях с выраженным тоскливым аффектом терапия начинается с применения антидепрессантов трициклического ряда. При тревожных депрессиях к основной

терапии трициклическими антидепрессантами целесообразно добавлять анксиолитические нейролептики, например тизерцин и хлорпро-тиксен.

Трициклические антидепрессанты вызывают достаточно выраженные побочные эффекты и при более легких вариантах депрессии целесообразно назначать более безопасные и менее токсичные антидепрессанты из группы СИОЗС (сертралин, пароксетин, флувоксамин и др.) и обратимые ИМАО (пиразидол, моклобемид и др.).

При безуспешной терапии антидепрессантами рекомендуется проведение электросудорожной терапии — 6—8 сеансов. Показаниями к проведению электросудорожной терапии являются тяжелые депрессии со ступорозными состояниями, отказами от еды, быстрой потерей массы тела и тяжелые ажитированные депрессии с упорными суицидальными мыслями и тенденциями. При депрессиях с преобладанием идей самообвинения целесообразно сочетание амитриптилина с этаперазином, трифтазином, при адинамических депрессиях — с небольшими дозами нейролептиков.

При длительном и безрезультатном лечении больных с депрессивными состояниями антидепрессантами (резистентные формы) показана резкая отмена препаратов. За 2—3 нед. до отмены увеличивают дозы с обязательным использованием препаратов холинолитического действия: трициклического действия, корректоров, хлорпротексена и других нейролептиков. Одномоментная отмена психотропных препаратов сопровождается своеобразным соматоневрологическим комплексом, получившим название «синдром отмены»: различные нарушения сна, соматовегетативные и неврологические расстройства, тошнота, рвота, анорексия, потливость, экстрапирамидные расстройства, повышение мышечного тонуса, тремор, акатизия. Эти расстройства наиболее выражены к 3—4-му дню и к концу недели редуцируются. Для купирования вегетативных расстройств используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда, при выраженных экстрапирамидных расстройствах назначают пираретам в суточной дозе до 2400 мг (циклодол назначать не рекомендуется, так как он может уменьшить эффект отмены).

Маниакальные состояния. Терапия маниакальных состояний должна быть комплексной и включать применение нейролептических препаратов и солей лития. При выраженных маниакальных состояниях с возбуждением применяют аминазин до 600 мг/сут., в последующем переходят на применение галоперидола, клозапина и др.

Соли лития оказывают влияние на саму манию с редуцированием ее проявлений, но они действуют медленнее, чем нейролептики (эффект от применения карбоната лития наступает к 5—10-му дню, оксибутирата лития — к 2—5-му дню), поэтому лечение начинают с нейролептиков, присоединяя постепенно соли лития.

При лечении маний и депрессий применяется карбамазепин (финлепсин, тегретол). Терапевтический эффект наступает быстро, применяются дозы 600—1000 мг/сут.

Применение лекарственных препаратов для профилактики приступов маниакально-депрессивного психоза зависит от характера течения заболевания — монополярного или биполярного. При монополярном течении с депрессивными состояниями применяются антидепрессанты в качестве поддерживающей и профилактической терапии.

Соли лития эффективны как профилактическая терапия при маниакальных и, реже, депрессивных приступах и в сочетании с небольшими дозами антидепрессантов.

Применение солей лития с целью профилактики начинается с небольших доз — 300–600 мг/сут. с последующим повышением до 900–1200 мг/сут. Концентрация лития в крови должна быть 0,6–0,8 ммоль/л.

Для профилактики приступов используются антиконвульсанты: финлепсин, конвулекс.

Лечение и профилактика у детей и подростков

При лечении депрессивных состояний у детей используются антидепрессанты с седативным действием. Для активизации ребенка применяют ноотропы, пиразидол, эглонил. В связи с тем, что у детей часто отмечаются добавочные симптомы, используются малые дозы нейролептиков и транквилизаторы.

Для лечения маниакальных и гипоманиакальных состояний применяются нейролептики антиманиакального действия: галоперидол, санопакс, неулептил, рисперидон в сочетании с терапевтическими дозами солей лития.

Для профилактики аффективных приступов наряду с солями лития используются финлепсин и конвулекс.

Экспертиза

Трудовая экспертиза. Во время приступов болезни больные нетрудоспособны и нуждаются в активном лечении в стационаре или амбулаторно. При затяжных приступах или континуальном течении возникает вопрос о переводе больных на инвалидность. Вне приступов трудоспособность восстанавливается.

Судебно-психиатрическая экспертиза. Решение судебно-психиатрических экспертов зависит от клинических проявлений аффективных состояний. В маниакальном состоянии больные могут совершать различные необдуманные поступки: уход с работы, расторжение или заключение брака, обмен квартиры, переезд в другой город и т.п. При гневливой мании возможны агрессивные действия, конфликты, оскорбления окружающих, хулиганские действия, в связи с которыми больные привлекаются к ответственности. Вопрос о вменяемости определяется тяжестью аффективных расстройств, достигающих или не достигающих психотического уровня.

В депрессивном состоянии больные могут совершать суицидальные попытки, носящие характер расширенных самоубийств: больные убивают детей, престарелых родителей, а затем совершают самоубийство.

При совершении общественно опасного действия во время депрессивного состояния психотического уровня больные признаются невменяемыми и направляются по решению суда на принудительное лечение в психиатрические больницы.

Больные, страдающие аффективными (маниакально-депрессивными) психозами, признаются негодными к прохождению военной службы по статье 15 вариант Д.

Глава 23.

ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА, ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Под психогенными расстройствами (психогениями) понимают различные психические нарушения, возникающие вследствие воздействия стрессовых ситуаций.

Впервые термин «психогенные заболевания» был предложен У.Зоммером в 1894 г. для обозначения психической эпидемии судорог, возникшей у школьников. В отечественной психиатрии термин «*психогенный*» (психогенные расстройства, психогенные реакции, психогенные заболевания) используется как обобщающее понятие, призванное отразить связь психического расстройства с психотравмой, особенности клиники и динамики их психопатологических проявлений. Общим признаком всех психогенных расстройств является их обусловленность аффективным психогенным состоянием — ужасом, отчаянием, оскорбленным самолюбием, тревогой, страхом.

Несмотря на клиническое многообразие психогений — от психологически понятных кратковременных реакций до психотических форм реагирования, — большинство психиатров склонны рассматривать психогенные расстройства в качестве самостоятельной клинической единицы. Среди признаков, значимых для диагностики психогенных расстройств, до настоящего времени используются *критерии, предложенные К.Ясперсом (1910):*

- хронологическая связь психогенного расстройства с психической травмой (возникает непосредственно после психической травмы);
- психологически «понятная» связь болезненных переживаний и содержания психической травмы;
- регрессиентное течение, т.е. разрешение психотравмирующей ситуации приводит к исчезновению или значительному ослаблению клинических проявлений расстройства.

Традиционно среди психогенных расстройств принято выделять *реактивные состояния*, включающие *психогенные реакции*, собственно *реактивные состояния* и *психогенные развития личности*, и *невроты* (*невротические расстройства*), к которым относят *невротические реакции*.

собственно неврозы и невротические развития личности. Данное разграничение, в известной мере, носит условный характер.

Вместе с тем критерии К.Ясперса, приведенные выше, по существу имеют значение лишь для диагностики психореактивных состояний, в то время как в случаях невротических расстройств их роль гораздо менее существенна. Это связано с особенностями психологических механизмов возникновения невротических состояний. Среди подобных механизмов особое значение имеют механизмы «психологической защиты». Концепция «психологической защиты» сформировалась в недрах психоаналитической школы. Согласно взглядам представителей этой школы, «психологическая защита» включает специфические приемы переработки переживаний, нейтрализующие патогенное влияние этих переживаний.

Психологическая защита является нормальным повседневным психологическим механизмом, играющим большую роль в сопротивлении организма болезни и способным предотвращать дезорганизацию психической деятельности. В результате проведенных исследований выделены люди, «хорошо психологически защищенные», способные к интенсивной переработке патогенных воздействий, и «плохо психологически защищенные», не способные развить эту защитную активность. У них легче возникают клинически очерченные формы психогенных заболеваний.

Особое значение феномен психологической защиты имеет в механизмах формирования невротических расстройств. Учитывая то, что психологическая защита реализуется на уровне подсознания, больные невротическими расстройствами не способны до конца осознать связь имеющихся у них расстройств с психотравмой, которая часто вытесняется из сознания для сохранения психического комфорта. Поэтому приведенные выше критерии психогений для неврозов, по существу, не имеют значения. Ввиду того, что психическая травма при неврозах не всегда выявляется, а психотравмирующая ситуация отличается значительной субъективностью, можно говорить об опосредованном действии психотравмы.

Психогенные расстройства в отечественной психиатрии часто относят к так называемым *пограничным расстройствам*, или малой психиатрии. Единого определения пограничных расстройств не существует. Говоря о пограничных психических расстройствах, подчеркивают, что они стоят на границе между нормой и патологией, между психическими и соматическими заболеваниями (соматоформные расстройства и психосоматические заболевания), между психотическими и непсихотическими формами психических нарушений. Известный отечественный психиатр П.Б.Ганнушкин (1933) призывал не умалять значения малой психиатрии, подчеркивая, что «это область несравненно более тонкая, область более сложная, требующая гораздо большего опыта, навыков, знаний, чем психиатрия большая, где речь идет о душевнобольных в узком смысле слова».

Таблица 6

Соотношение психогенных расстройств, традиционно выделяемых в отечественной психиатрии, и рубрик МКБ-10

Традиционное обозначение психогенных расстройств в отечественной психиатрии	Обозначение психогенных расстройств в МКБ-10
РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ	
Аффективно-шоковые реакции	F43.0 – острая реакция на стресс
Истерические психозы	F44 – диссоциативные (конверсионные) расстройства: амнезия, фуга, ступор, транс, синдром Ганзера
Реактивная депрессия	F32 – депрессивный эпизод F43.2 – расстройство адаптации
Реактивный параноид	F23.3 – острые, преимущественно бредовые психотические расстройства
НЕВРОЗЫ	
Неврастения	F48.0 – неврастения
Истерический невроз	F44.–F44.7 – диссоциативные (конверсионные) расстройства движений и ощущений F45 – соматоформные расстройства
Невроз навязчивых состояний	F40 – тревожно-фобические расстройства F41.0 – паническое расстройство F42 – обсессивно-компульсивное расстройство F45.2– нозофобии
Депрессивный невроз	F34.1 – дистимия F43.1 – посттравматическое стрессовое расстройство F43.2 – расстройство адаптации

В современной классификации психических расстройств (МКБ-10) психогенные расстройства представлены в разделе «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». При этом термин «невроз» не используется, предпочтительным считается термин «невротическое расстройство». Реактивные психозы рассматриваются в рубриках: острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации. Помимо этого, реактивные (психогенные) депрессии включены в раздел «Аффективные расстройства». Бредовые формы реактивных психозов включены в рубрику «Бредовые расстройства». Истерические реактивные психозы рассматриваются совместно с расстройствами, характерными для истерического невроза, в рубрике «Диссоциативное (конверсионное) расстройство». Соотношение традиционной отечественной классификации психогенных расстройств и рубрик МКБ-10 представлено в таблице 6.

23.1. Психические расстройства, связанные со стрессом

23.1.1. Острая реакция на стресс (аффективно-шоковые реакции, психогенные адаптационные расстройства)

Острые реакции на стресс обозначались прежде как аффективно-шоковые реакции, а также для квалификации подобных состояний использовались такие термины, как «кризисные состояния», «психический шок», «реакции экстремальных состояний».

Ситуации, способные вызвать аффективный шок (психосоциальные стрессоры), отличаются исключительной силой и значимостью для личности. Во-первых, это могут быть события, непосредственно угрожающие физическому существованию человека (витальная угроза), например природные и техногенные катастрофы (землетрясения, пожары, взрывы и др.), военные боевые действия, аварии и другие несчастные случаи, преступное посягательство на жизнь, известие о неизлечимой болезни.

Другую категорию психических травм представляют потеря близкого человека, резкое изменение социального статуса (потеря работы, утрата материальных ценностей и финансовый крах и т.д.). Наряду со *значимостью и интенсивностью психогенной ситуации*, последняя обязательно характеризуется *остротой и внезапностью*, что не позволяет личности использовать психологическую переработку. Психологическая защита, реализуемая на подсознательном уровне, также оказывается невозможной.

Именно поэтому у человека под влиянием страха, ужаса, отчаяния может возникнуть острое кратковременное *психотическое состояние* в виде *аффективно-суженного состояния сознания*, вследствие чего нарушается ориентировка, утрачивается его контакт с окружающими, поведение лишается упорядоченности, выражены вегетативные проявления стресса. Симптоматика возникает непосредственно в момент травмирующего события или сразу после него. Выделяют гипо- и гиперкинетические варианты аффективно-шоковых реакций.

Гипокинетический вариант характеризуется внезапно возникшей в травмирующей ситуации двигательной заторможенностью («застыл от ужаса»), достигающей в ряде случаев полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). В таком состоянии больные не воспринимают окружающее, на лице у них выражение страха, ужаса, глаза широко открыты, кожные покровы чаще бледные, покрыты холодным потом, могут наблюдаться непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Гипокинетический вариант соответствует примитивному типу реагирования, описанному Э.Кречмером (1924) как состояния «мнимой смерти».

Гиперкинетический вариант характеризуется острым психомоторным возбуждением — «двигательной бурей», по Э.Кречмеру. Больные

бесцельно мечутся, стремятся куда-то бежать, их движения хаотичны, нецеленаправленны (психогенная fuga). На лице выражение ужаса, речь бессвязная, часто издают нечленораздельные звуки, кричат, рыдают. Состояние также сопровождается выраженными вегетативными реакциями: тахикардией, гипергидрозом, бледностью или гиперемией кожных покровов, произвольным мочеиспусканием и дефекацией.

Продолжительность аффективно-шоковых реакций — от нескольких минут до нескольких часов (в случае нейтрализации психотравмирующего фактора), реже от 1 до 3 дней, если событие не удастся нейтрализовать. Воспоминания об этом периоде у больных отсутствуют. Амнезия является одним из симптомов нарушения сознания.

Помимо двух описанных выше вариантов расстройств, в ответ на внезапные и сильные психотравмирующие воздействия может возникать так называемый *эмоциональный паралич*, проявляющийся апатическим состоянием с безразличным отношением к окружающему, включая угрожающую опасность, индифферентным поведением с пассивной подчиняемостью.

Аффективно-шоковые реакции у детей и подростков проявляются в тех же вариантах. Причем дети, особенно в возрасте до 5 лет, менее устойчивы к сверхсильным психическим травмам. У ослабленных, изнеженных детей с мимозоподобной психикой психотравмирующей ситуацией может явиться, например, помещение ребенка в дошкольное детское учреждение. В случае психомоторного возбуждения дети мечутся, громко кричат, не реагируют на обращения окружающих. У них отмечается значительная выраженность вегетативных расстройств: замедление пульса, акроцианоз, озноб, гипертермия и др. При гипокинетическом типе реакции дети застывают в одной позе, как бы «цепенеют», отмечается мутизм. Выраженность реакций в случаях чрезвычайных ситуаций часто обусловлена поведением взрослых, так как дети воспринимают лишь то, что они непосредственно видят и чувствуют, и не способны в полной мере учитывать грозящую им опасность.

У подростков наряду с отмеченными расстройствами при аффективно-шоковых реакциях наблюдаются обморочные состояния, головная боль и головокружение.

Кроме двух вариантов аффективно-шоковых реакций, у подростков выделяют, как и у взрослых, особый вариант нарушенного сознания — *эмоциональный ступор*. В этом состоянии подросток, оказавшийся в тяжелой травмирующей ситуации, совершает сложные целенаправленные действия, чтобы спастись от опасности и спасти других, с полной эмоциональной безучастностью к происходящему. Амнезия при этом бывает частичная и касается главным образом происходящих событий (А.Е.Личко).

Расстройства адаптации широко представлены в общей популяции и часто (до 25% всех психических расстройств) встречаются в практике врачей общего профиля. Предпосылками для возникновения адаптационных расстройств служат индивидуальная предрасположенность

(уязвимость), связанная с личностными особенностями, и социальное положение. Среди больных преобладают лица с невысоким социальным и материальным положением, одинокие или разведенные.

В отличие от аффективно-шоковых реакций, психогенные (стрессогенные) факторы при расстройствах адаптации не являются острыми, неожиданными, а растянуты по времени, в результате чего они становятся доступными личностной переработке и подвергаются влиянию механизмов психологической защиты. Стрессовыми ситуациями могут служить значительные изменения социального статуса (потеря близких, развод, в том числе с разделом детей и имущества, потеря прежнего социального положения и доходов и тому подобные) или другие жизненные события, связанные с социальными, брачными, финансовыми проблемами, а также проблемами со здоровьем. Среди последних могут быть наличие или подозрение на наличие тяжелого физического заболевания, необходимость проведения сложного дорогостоящего обследования или хирургического вмешательства у самого больного или у его родственников.

Адаптационные расстройства обычно возникают постепенно вслед за стрессовым событием, как правило, в пределах месяца и также постепенно исчезают. Клиническая картина ограничивается разнообразными непсихотическими проявлениями, включая преимущественно аффективный и поведенческий регистры. Критика больных к своему поведению, как правило, сохранена, но имеющиеся расстройства заметно нарушают их социальное и профессиональное функционирование. Продолжительность адаптационных расстройств 2–3 мес., реже — в течение полугода, но в таких случаях можно говорить о реактивных состояниях или, в случаях большей продолжительности и нарастании дезадаптации в связи с болезненными проявлениями, приводящими к стойким изменениям личности, о постреактивном развитии личности.

В МКБ-10 выделяется несколько вариантов расстройств адаптации:

- кратковременная депрессивная реакция, проявляющаяся транзиторным (не более одного месяца) снижением настроения с появлением чувства бессилия, замедлением мышления и других мягких проявлений депрессивного состояния;
- пролонгированная депрессивная реакция, клинические проявления которой сходны с предыдущей, но их продолжительность (до 2 лет) обычно обусловлена длительным пребыванием больного в стрессовой ситуации;
- смешанная тревожная и депрессивная реакция, при которой присутствуют отчетливые симптомы депрессивного и тревожного состояний, например, двигательное беспокойство, вегетативная лабильность;
- реакция с преобладанием нарушения других эмоций, проявляющаяся сочетанием нескольких типов эмоциональных нарушений, например раздражительность и гневливость наряду с тревогой и депрессией;

- реакция с преобладанием нарушения поведения, реакция горя проявляется в виде агрессивного или диссоциального поведения (нарушения общепринятых норм поведения, злоупотребление алкоголем и др.).

Особенности расстройств адаптации у детей и подростков

В детском возрасте в качестве стрессовых факторов чаще всего выступают неблагоприятные условия в семье (асоциальные семьи, холодные жестокие взаимоотношения, неполная семья и т.п.), приводящие к эмоциональной депривации. Р.Шпитц в 1945 г. описал анаклитическую депрессию у младенцев, лишенных эмоциональной связи с матерью или лицом, ее замещающим. Депрессивные проявления у детей младшего возраста, включая младенцев, проявляются в виде так называемых ***симптомов регрессивного поведения***, к которым относятся сосание пальцев, яктация и др. *У детей ясельного возраста* невротические реакции чаще всего выражаются вегетативно-соматическими и двигательными расстройствами, например диспепсией, анорексией, расстройствами сна.

У детей старшего возраста и подростков стрессовые ситуации, как правило, связаны с конфликтными взаимоотношениями с родителями, сверстниками, учителями. Чаще других форм адаптационных расстройств в подростковом возрасте встречаются ***депрессивные реакции***. Это связано с преимущественно аффективным уровнем реагирования, вызванным незрелостью психики, с недостаточностью переработки внешних впечатлений, их анализа, критической оценки и прогнозирования будущего. В целом проявления депрессивной реакции у детей и подростков можно охарактеризовать, используя «триаду Бука»: пессимистическая оценка своего прошлого, настоящего и будущего.

Психогенные аномальные реакции у детей разделяют на невротические и патохарактерологические. Типичным признаком аномальных реакций является неадекватность стимулу, как по силе, так и по содержанию. *Невротические реакции* характеризуются парциальностью и непродолжительностью болезненных проявлений, их критическим осознанием больными. Преобладают аффективные и вегетативные нарушения. Характерны также моторные расстройства, проявляющиеся в виде различных тиков, других гиперкинезов. Могут возникать психогенная рвота, заикание, явления энуреза. Продолжительность невротических реакций незначительна — от нескольких часов до нескольких недель, клинические проявления могут редуцироваться самостоятельно или после обращения к врачам общесоматического профиля. К психиатрам больные невротическими реакциями попадают редко. *Патохарактерологические реакции* описаны в главе 13.

23.1.2. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

ПТСР отличается от острой реакции на стресс тем, что возникает не сразу после катастрофических событий, а спустя примерно полгода. Эти

события должны быть настолько травмирующими, что сопровождаются реальной угрозой жизни или безопасности: несчастный случай, природная катастрофа, нападение, изнасилование, участие в военных действиях, неожиданная потеря жилья или другого важного имущества. Посттравматическое стрессовое расстройство может развиваться как у непосредственной жертвы, так и у свидетеля, наблюдавшего смерть, ранение или физическое насилие над другими людьми.

ПТСР — явление нередкое. На протяжении жизни им страдают почти 1% населения. По некоторым данным, подобные расстройства могут развиваться у 15% и более людей, участвовавших в военных действиях. Это особенно актуально в связи с военными действиями в так называемых горячих точках и возрастающим числом ветеранов таких войн. ПТСР описывают у сотрудников МЧС и «скорой помощи».

Критерии диагностики ПТСР

1. Больной был подвержен воздействию травмирующего события или ситуации (как краткому, так и длительному) исключительно угрожающего или катастрофического характера, способного вызвать смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений. Первоначальная реакция индивида на подобное травмирующее событие отвечала критериям аффективно-шоковых расстройств.

2. Постоянное переживание травматического события, проявляющееся в повторяющихся и овладевающих больным тягостных воспоминаниях о происшедшем, так называемом проигрывании трагедии. Они могут сочетаться с периодически возникающим ощущением, как будто травматическое событие повторяется вновь — «флэшбэк»-эффекты. Чаще подобные состояния отмечаются в момент просыпания после устрашающих сновидений или состояния интоксикации.

3. Нарушения сна с повторяющимися кошмарными сновидениями, которые с графической точностью воспроизводят пережитые события. Возможны просоночные состояния, во время которых больные могут быть возбуждены, испытывать обманы восприятия и даже нападать на лиц, находящихся с ними в постели.

4. Больной всеми силами стремится избегать любых стимулов, которые могли бы напомнить ему о травмирующем событии. Он может испытывать затруднения при попытках вспомнить обстоятельства пережитой психической травмы, даже если все это произошло совсем недавно.

5. Появляются стойкие симптомы повышения психологической чувствительности, напряженности или возбудимости, не наблюдавшиеся до психотравмирующего события. Это может проявляться явлениями гиперестезии на фоне приступов головных болей и других соматических симптомов.

6. Посттравматическое стрессовое расстройство очень часто осложняется алкоголизмом и наркоманией, расстройствами поведения со склонностью к агрессии и антисоциальным поступкам, вторичной депрессией с суицидальными тенденциями.

7. ПТСР приводит к социальной дезадаптации, связанной с проблемами в семейной, профессиональной или других важных сферах жизни человека.

Особенности ПТСР у детей и подростков

В работах последних лет, посвященных изучению психогенных расстройств у детей и подростков в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС) (Кикелидзе З.И. и др., 2004; Портнова А.А., 2005), было показано, что *детская психика характеризуется очень высокой восприимчивостью к психотравмирующему воздействию ЧС*, что находит отражение в развитии широкого спектра острых и хронических психических нарушений у детей и подростков, попавших в зону бедствия. Стрессовые расстройства у детей и подростков протекают с крайним клиническим полиморфизмом, имеющим возрастные особенности. Чем меньше возраст ребенка, тем менее дифференцированы и более полиморфны психогенные реакции. У маленьких детей острые психогенные реакции выражены более интенсивно и проявляются преимущественно соматовегетативными, психомоторными и фобическими расстройствами, тогда как в структуре реактивных состояний у детей более старшего возраста и у подростков преобладают аффективные расстройства и нарушения поведения. *Тяжесть и длительность острых психических расстройств*, развивающихся вследствие ЧС, обусловлены факторами, наибольшее значение из которых имеют: 1) потеря во время ЧС близкого человека; 2) наблюдение чужой смерти, трупов, частей тел; 3) наличие психических (реактивных) расстройств у родителей (при этом тяжелая депрессия у матери является наиболее значимым фактором в группе детей дошкольного возраста); 4) отсутствие адекватной поддержки окружающих и медико-психологической помощи. Пребывание в заложниках является крайне тяжелым патогенным фактором, вызывающим тяжелые затяжные стрессовые расстройства у 100% детей и подростков.

К факторам, способствующим возникновению ПТСР у детей и подростков, относятся плохое психическое состояние родителей пострадавших (особенно матери), гибель близких родственников, отсутствие адекватной семейной поддержки пострадавшего ребенка, а также преморбидное предрасположение, включающее истероидные, психастенические и эпилептоидные черты личности, раннее органическое поражение нервной системы и пограничные расстройства, отмечавшиеся до ЧС.

Редукция острых психических нарушений у детей и подростков происходит в течение месяца после бедствия, при этом, наряду с постепенным угасанием диссоматических, фобических и других психопатологических симптомов, нарастают психопатоподобные расстройства с повышением уровня агрессии.

23.1.3. Реактивные психозы

Под реактивными психозами понимают болезненное расстройство психики, возникающее под влиянием психической травмы и прояв-

ляющееся неадекватным отражением реальных ситуаций и нарушением поведения в связи с возникновением не свойственных нормальной психике явлений. Реактивным психозам свойственны острота и тяжесть симптоматики, иногда включающей такие продуктивные расстройства, как галлюцинации, бред, психомоторные и аффективные расстройства, расстройства сознания, относимые к психотическому регистру. Психотическое состояние определяет нарушение отражения реального мира, утрату способности адекватно оценивать ситуацию и свое состояние, координировать свои поступки. Традиционно к реактивным (психогенным) психозам относили истерические психозы, реактивные депрессии и реактивные параноиды.

Истерические психозы

Истерические психозы чаще встречаются в судебно-психиатрической практике при экспертизе лиц, совершивших правонарушения и находящихся под следствием до вынесения судебного приговора, в психическом состоянии которых имеются заметные нарушения. Совершенное деяние и последующее привлечение к ответственности служат психической травмой в подобных ситуациях. Причинами возникновения истерических психогенных реакций также могут служить ситуации утраты, например внезапная смерть близких, разрыв супружеских отношений и др. В качестве основных механизмов развития истерических психозов выступают реализуемые на уровне подсознания «психологические защиты», направленные на реабилитацию поведения больных, предшествовавшего психозу, и уход от травмирующей ситуации.

Истерические психозы иногда называют психогенными расстройствами сознания. Сознание при них бывает сужено под влиянием аффекта (аффективно-суженное) или изменено в виде погружения в фантастические переживания (бредоподобное фантазирование). С.Ганзер в 1897 г. описал состояние измененного сознания у лиц, находящихся в условиях судебного разбирательства, и с этого периода в психиатрии существует синдром, названный его именем.

Синдром Ганзера характеризуется истерическим сумеречным помрачением сознания с демонстрацией больным грубой психиатрической симптоматики. Клиническая картина может быть весьма полиморфной: возбуждение, сопровождаемое клоунадой и смехом, может смениться плачем или рыданиями. Иногда отмечаются зрительные галлюцинации. Обращают на себя внимание явления мимоговорения (неправильные ответы на простейшие вопросы) и мимодействия (нарочитые ошибки при выполнении элементарных заданий). На состояние измененного сознания указывает обычно внезапное окончание расстройства с демонстрацией амнезии на период психоза.

Близкими к синдрому Ганзера, а по сути — его клиническими вариантами являются псевдодеменция, пуэрилизм, синдром регресса психики («одичания») и синдром бредоподобных фантазий, ранее рассматривавшиеся как отдельные формы истерических психозов.

Псевдодеменция. Характерным для псевдодементного состояния является контраст между заведомо неправильными ответами, поступками и действиями в простых обстоятельствах при одновременной доступности для больного сложных решений и действий. Он демонстрирует свою беспомощность, с бессмысленным выражением лица оглядывается по сторонам, таращит глаза, как бы изображая слабоумного и беспмятного. Ошибочные ответы и действия, тем не менее, свидетельствуют о том, что пациент понимает смысл вопроса или задания. На простые вопросы дает нелепые ответы, но, как правило, в плане вопроса. Неправильные действия больного проявляются при выполнении простейших заданий (отпереть ключом дверь, открыть коробку спичек и зажечь спичку и т.п.), в то время как он успешно совершает более сложные действия.

Пуэрилизм (от лат. *puer* — дитя, ребенок) проявляется в виде детских форм поведения у взрослых людей. В речи больных появляются детские (пуэрильные) интонации, они шепелявят, сюсюкают, иногда не выговаривают отдельные буквы. Часто капризничают, надувают губы, обиженно плачут. Охотно играют в детские игры.

Синдром регресса психики («одичания»). Этим термином обозначают возникающее на фоне истерического расстройства сознания поведение больного, напоминающее повадки животного. Больной не носит белье, бегает на четвереньках, лакает из миски, издает нечленораздельные звуки, проявляет агрессивность, кусается, рычит, пищу обнюхивает, при приближении скалит зубы, принимает угрожающую позу.

Бредоподобные фантазии (бредоподобные идеи). У больных реактивным психозом могут возникать идеи преследования, величия, реформаторства, обвинения и самообвинения и т.д., содержание которых изменяется в зависимости от внешних обстоятельств. Больные рассказывают о своих изобретениях, открытиях, космических полетах, богатствах, успехах, иногда пишут научные труды. Содержание переживаний при этом отражает психотравмирующую ситуацию, которая находит звучание прямо или косвенно в сюжете фантазий и содержании высказываний больных. В их поведении отмечаются демонстративность и театральность, а в бредоподобных фантазиях отсутствуют стойкость и убежденность, характерные для истинных бредовых идей.

Реактивная депрессия (реактивный депрессивный психоз)

Этот клинический вариант реактивных психозов наиболее психологически понятен и типичен в соответствии с исторически сложившимися представлениями о психогенных расстройствах в формулировке К.Ясперса. В качестве травмирующих событий могут выступать военные действия, террористические акты и связанная с ними гибель близких, а также другие невосполнимые утраты (смерть родных, разрыв с близким человеком, финансовый крах), названные К.Шнайдером «ударами судьбы». Причиной развития реактивной депрессии у индивида может стать наличие у него неизлечимой болезни (нозогенная).

В современных классификациях реактивные депрессии рассматриваются в рамках острой стрессовой реакции, посттравматического стрессового расстройства, но главным образом как реакции горя и расстройства адаптации, где специально выделены рубрики кратковременной (острой) или пролонгированной (хронической) депрессивной реакции и смешанной тревожно-депрессивной реакции.

В случае внезапно возникающих психотравмирующих ситуаций депрессивная симптоматика возникает обычно через несколько дней после известия о случившемся несчастье. В этот период происходят психологическая переработка ситуации, оценка значимости потери. В момент известия о трагическом событии у части больных могут наблюдаться кратковременные аффективно-шоковые реакции (гипо- и гиперкинетические). У других бывают реакции по типу «эмоционального паралича»: первые часы и дни после трагического известия и во время траурных мероприятий они не проявляют никаких эмоций, не могут плакать, действуют автоматически. В последующем отмечается частичная амнезия на этот период.

Клиническая картина реактивной депрессии представлена депрессивными переживаниями в виде подавленности, чувства безнадежности, слезливостью, бессонницей, вегетативными нарушениями. Основные признаки реактивной депрессии и ее отличие от депрессии эндогенной приведены в таблице 7.

К., 36 лет. Росла единственным ребенком в семье, родители уделяли ей много внимания, «баловали». По характеру была активной, открытой, любила играть с детьми, часто приводила их домой, где с удовольствием знакомила с отцом, таким же открытым и общительным. Отец приветливо относился к ее друзьям, рассказывал интересные истории, иногда принимал участие в их играх. Девочка была горда, что у нее такой замечательный отец. Когда ей было 9 лет, отец неожиданно объявил, что у него теперь будет другая семья и он оставляет их с матерью. Очень переживала, плакала, просила отца не бросать их. Мать была оскорблена предательством мужа и запретила дочери встречаться с отцом. Жили вдвоем с матерью, учительницей по профессии, испытывали материальные трудности. В связи с этим не стала поступать на дневное отделение вуза, после школы устроилась работать секретарем-машинисткой, училась на вечернем отделении лингвистического факультета. Была трудолюбивой, ответственной, часто уставала, жаловалась на головные боли в связи с переутомлением. В 20 лет вышла замуж за сотрудника по работе, через год родила сына. Была счастлива, несмотря на дополнительные нагрузки и повышенную усталость. От подруги неожиданно узнала, что муж изменяет ей. После объяснения с мужем по совету матери настояла на разводе. Воспитывала сына одна, очень переживала за него, много работала, старалась, чтобы он ни в чем не нуждался. Через 5 лет вновь вышла замуж. Повторный брак удачный, муж хорошо относился к ней и сыну от первого брака. В новом браке родила еще двух детей,

Таблица 7

Дифференциально-диагностические признаки расстройств в рамках реактивной (психогенной) и эндогенной депрессии

Реактивная (психогенная) депрессия	Эндогенная депрессия
1. Развивается после или вследствие психической травмы	1. Начало чаще беспричинное (аутохтонное)
2. Содержание психической травмы находит отражение в переживаниях больного на протяжении всей депрессии. Эти идеи часто не дезактуализируются даже тогда, когда депрессия стала тяжелой и стертой	2. В 30–40% случаев начало первой депрессивной фазы может быть связано с провоцирующим психогенным влиянием, но при этом травмирующая ситуация отражается в клинической картине чаще лишь в начале фазы. Нет соответствия между выраженностью депрессивной фазы и тяжестью провоцирующих психогенных факторов
3. В анамнезе могут быть выявлены аналогичные переживания в связи с тождественной психогенной ситуацией	3. В анамнезе могут быть выявлены беспричинные периодические (сезонные) колебания настроения
4. Угнетенное настроение чаще всего усугубляется к вечеру	4. Характерно некоторое улучшение настроения в вечерние часы
5. Сниженное настроение больные часто выражают плачем – слезливая депрессия	5. Больные почти никогда не плачут – «сухая депрессия»
6. Витальные проявления депрессивного аффекта не характерны	6. Свойственен витальный характер депрессивного аффекта: гнетущая безысходная тоска, воспринимаемая как физическое страдание, спаянная с тягостными телесными ощущениями, локализующимися, например, в области сердца, в эпигастрии
7. Чувство вины чаще обращено не на себя, а на окружающих, претензии направлены к лицам, причастным к происшедшему несчастью. Возможны идеи самообвинения, греховности в виде самоупреков в непринятии необходимых мер для предотвращения трагических событий	7. Характерны идеи малоценности, самообвинения, самоуничужения. Вначале фазы возможны обвинения в адрес окружающих, но по мере углубления депрессии стрелка виновности постепенно становится направленной на самого больного
8. Суицидные намерения менее характерны, они всегда мотивированы с позиций болезненной депрессивной логики, больные могут четко объяснить причину суицидных действий	8. Характерны суицидные мысли и действия, как тщательно спланированные самими больными, так и неожиданные для них самих. Больные не могут дать четких объяснений причин своих поступков
9. При расспросах больные чаще не скрывают суицидных мыслей и подробно о них рассказывают. При истерических депрессиях суицидные высказывания и намерения имеют демонстративный характер	9. Больные склонны к сокрытию суицидных планов. Могут молчать в ответ на прямой вопрос, а на деликатные косвенные расспросы (о «плохих мыслях» и т.п.) ответить односложным подтверждением, молчаливым кивком головы

Таблица 7 (окончание)

Реактивная (психогенная) депрессия	Эндогенная депрессия
10. Обострение или рецидив депрессивных расстройств связаны с психогенным (значимые места, даты, случайное напоминание и даже отдаленные ассоциации с травмирующими событиями) или соматогенным влиянием	10. Психогенные и соматогенные факторы не оказывают провоцирующего действия (аутохтонность возникновения депрессивных фаз)
11. Типичен синдром вегетативно-сосудистой дистонии генерализованного, полисистемного характера	11. Характерна устойчивая симпатикотония
12. Бессонница чаще всего имеет реальный характер: больные действительно могут не спать, думая о пережитом	12. Бессонница чаще носит субъективный характер: хотя больных видят спящими, они жалуются, что всю ночь не спят. Это вызвано отсутствием чувства насыщения сном (витальные проявления)
13. Лечение антидепрессантами малоэффективно, некоторое улучшение достигается за счет седативного компонента их действия (амитриптилин) или приема транквилизаторов	13. Терапия антидепрессантами заметно улучшает состояние, начиная со 2–3-й недели лечения. Транквилизаторы малоэффективны
14. Больные весьма психотерапевтичны, в беседе их можно отвлечь от актуальных переживаний, что сопровождается некоторым улучшением настроения	14. Характерна автономность симптоматики: известия и события независимо от их характера (приятные или неприятные) существенно не меняют настроение больного. Психотерапия малоэффективна
15. Выздоровление наступает после окончания действия психической травмы или в связи с переменой отношения к ней больного. Средняя продолжительность 2–3 мес., хотя иногда может происходить «отрыв от психотравмирующей ситуации»	15. Интермиссия наступает аутохтонно. Продолжительность эндогенной депрессии различна, но чаще более длительна (3–6 мес.)

но особую привязанность испытывала к старшему сыну, гордилась его успехами в школе и в спорте. В возрасте 15 лет, катаясь на велосипеде, он был сбит проезжающей машиной. Получив известие, ничего не могла сказать – «застыла на месте». Плохо помнит похороны, «была как каменная», не могла плакать. После похорон стала тосклива, лежала в постели, отказывалась от еды, высказывала мысли о нежелании жить, твердила, что она виновата в смерти сына, «не уберегла», «недосмотрела». Не могла долго уснуть, перебирала в памяти мельчайшие подробности из жизни погибшего сына, слышала за окном его голос, его шаги на лестничной площадке, звонки в дверь. Все мысли были сосредоточены на несчастье. Была убеждена в исключительности своего горя и своей потери. О будущем думать не могла. О младших детях не заботилась и не думала о них.

В зависимости от характера и преобладания психопатологических расстройств принято выделять *ряд вариантов реактивных депрессий*, среди которых наиболее часто встречаются *простая*, или *меланхолическая (истинная депрессивная реакция)*, *истеродепрессивная* и *астенодепрессивная*. В качестве факторов, влияющих на возникновение того или иного типа депрессии, помимо характера психогении, рассматриваются также конституциональные особенности, наследственная отягощенность аффективной патологией, возраст, культуральные особенности больных, перенесенные экзогенно-органические вредности.

Реактивные депрессии у детей и подростков

Долгое время считалось, что у детей не бывает психогенных депрессий вследствие незрелости и недостаточной дифференцированности их психики. Однако это мнение изменилось после того, как Р.Шпитц в 1945 г. описал так называемую *анаклитическую депрессию* у грудных детей. На отделение ребенка от матери или лица, ее замещающего, он вначале реагирует бурным протестом в виде крика, а затем, если эмоциональная связь с заботящимся лицом не восстанавливается, у ребенка развивается болезненное состояние отчужденности и безразличия.

Переживание утраты (реакция горя) у детей более старшего возраста зависит от этапа развития психики в онтогенезе с преимущественным типом реагирования (соматовегетативный, психомоторный, аффективный, идеаторный). Наиболее характерными являются соматизированные проявления депрессии: нарушения питания, энурез, запоры, расстройства сна.

В подростковом возрасте аффективный уровень реагирования является преимущественным на фоне недостаточной социализации личности и неразвитой способности к переработке внешних впечатлений, их анализу и прогнозированию будущего. Поэтому депрессивные проявления вследствие нарушения адаптации (проблемы в школе и дома) в этом возрасте занимают ведущее место среди всех психогений. Среди клинических проявлений депрессий подросткового возраста наиболее характерны поведенческие или психопатоподобные расстройства.

Реактивные (психогенные) параноиды

Реактивные параноиды представляют собой сборную группу психогенных бредовых психозов, весьма отличающихся по клинической картине и механизмам их возникновения. В.А.Гиляровский (1946) относил их к «полигенным» расстройствам, в развитии которых помимо ситуационных факторов имеют значение конституциональные и соматогенные (недосыпание, алкогольные эксцессы).

В отличие от реактивных депрессий, возникновение которых связано с уже свершившимся несчастьем, при реактивных параноидах психогенной является сложившаяся обстановка, представляющая угрозу для самого больного или его близких. Поэтому одну из групп психогенных бредовых расстройств определяют как «*параноиды внешней обстановки*»

(Жислин С.Г., 1940). К таким психозам могут быть отнесены *параноиды военного времени*, в условиях судебно-следственной ситуации (*тюремные параноиды*), при длительном переезде в тяжелых условиях (*дорожные параноиды*). В качестве факторов, способных вызвать развитие бреда, следует назвать ситуации психической изоляции: пребывание в чужой враждебной стране без знания языка (*бред иноязычного окружения*, *миграционный психоз*) или вследствие утраты слуха (*бред тугоухих*).

Развиваются реактивные параноиды остро или подостро. В психопатологическом плане речь идет о параноидных состояниях, в структуре которых наблюдается сочетание тревоги, страха с бредовыми идеями отношения и преследования. Обращают внимание простота и эмоциональная насыщенность бредовых переживаний, в тематике которых находит отражение психотравмирующая ситуация. Возможны также слуховые и зрительные галлюцинации, отражающие содержание бредовых идей. Больные возбуждены, в страхе начинают метаться, пытаются скрыться от мнимых преследователей, иногда совершают суицидальные попытки, чтобы не попасть им в руки. Психозы протекают на протяжении нескольких часов или дней, симптоматика редуцируется в течение первых дней после госпитализации. Однако у некоторых больных по выходе из психоза на фоне постреактивной астении может оставаться резидуальный бред (не появляется критика к имевшим место психотическим расстройствам).

К *ситуационным параноидам* могут быть отнесены «*параноиды бизнесменов*», провокацией которых могут служить ситуации шантажа, вымогательства, угрозы разорения. Возникает страх, опасения за свою жизнь и жизнь близких. Больные начинают замечать слежку, ходят с охраной, боятся покидать жилище или, наоборот, постоянно меняют место жительства. Аффективная напряженность, тревога, бессонница быстро редуцируются при обращении за психиатрической помощью и смене обстановки, но идеи преследования могут сохраняться на протяжении еще нескольких недель.

Реактивное паранойяльное бредообразование (психогенная паранойя) может наблюдаться у психопатических личностей паранойяльного или шизоидного круга. Тематика бреда психологически понятна и обычно связана с конкретными событиями в жизни больного, затрагивающими его интересы. Чаще всего бывают бредовые идеи сутяжничества, ревности, изобретательства или преследования. Бред носит интерпретативный характер, во всем остальном, не связанном с болезненными переживаниями, поведение больных внешне упорядочено и не вызывает сомнений в их психическом здоровье. Длительность затяжных психогенных параноидов может достигать нескольких лет, интенсивность переживаний затухает по мере разрешения конфликтной ситуации или переключения больных на другие ситуации.

Реактивные параноиды у детей и подростков встречаются крайне редко. Они могут возникнуть в результате длительных травмирующих ситуаций, во время которых длительно переживаются страх и тревога.

Определенную роль в формировании и систематизации бреда у подростков играет индуцирующее влияние среды, в первую очередь родителей (В.В.Ковалев).

Этиология и патогенез реактивных психозов

Причиной реактивных психозов является психическая травма. В качестве психической травмы, вызывающей реактивный психоз, могут выступать трагические события личного и общественного характера, коллизии, представляющие угрозу для жизни, индивидуально значимые патогенные ситуации. Вместе с тем одна и та же психическая травма не у каждого человека вызывает реактивный психоз и даже не всегда у одного и того же человека. Многочисленными исследованиями было подтверждено, что это зависит не только от характера психической травмы, но и от ее актуальности в данный момент для конкретного человека, а также от особенностей личности и состояния нервной системы этого человека. Как было показано в настоящей главе, следствием психической травмы могут быть, помимо *острых реакций*, связанных непосредственно с психотравмирующей ситуацией, *затяжные*, или *протрагированные* (лат. *protraho* — затягивать), *психические расстройства*.

Возникновение шоковых и протрагированных форм психогенных заболеваний выдающиеся отечественные психиатры В.А.Гиляровский (1946), Г.Е.Сухарева (1949) объясняли различием темпа и интенсивности стрессорного воздействия. Для таких реактивных психозов, как аффективно-шоковые реакции, не имеют большого значения преморбидные особенности личности. В данной ситуации *решающая роль принадлежит силе и значимости психической травмы*, в основе которой чаще всего лежит угроза жизни. При массивном, но длительном и постепенном психогенном воздействии более значима *роль особенностей характера, системы отношений личности*. В реализации психотравмирующего воздействия имеет значение его *интрапсихическая переработка*. Ведущим патогенным фактором является тот же гнетущий аффект и связанное с ним эмоциональное напряжение, которое не столь интенсивно, но его действие более длительное и глубокое. Существенным звеном в патогенезе реактивных психозов является *астенизация*, связанная чаще всего с психическим или физическим истощением. Легче возникают болезненные состояния у людей, ослабленных соматическими болезнями, длительным недосыпанием, утомлением, эмоциональным напряжением. Придается значение факторам «измененной почвы», чаще всего в виде резидуально-органической патологии (травмы, интоксикации, инфекции).

В ситуациях, субъективно значимых для личности, ведущая роль принадлежит ее преморбидным особенностям и уровню зрелости. В основе возникновения истерических психозов лежат *механизмы психологической защиты личности* от непереносимой для нее ситуации: *вытеснение* (полная изоляция угрожающей ситуации от сознания), *отрицание* (игнорирование определенных аспектов в целом осознаваемой

реальности), *замещение* (переориентация с темы, вызывающей тревогу и неприятные переживания, на другую). Имеют значение механизмы внушения и самовнушения, базирующиеся на прежних представлениях у инфантильных личностей с повышенной эмоциональной реактивностью и недостаточной образованностью. Об этом можно судить, основываясь на современном патоморфозе истерических реактивных психозов, свидетельствующем о чрезвычайной редкости примитивных форм реагирования (псевдодементно-пуэрильных) и преобладании вариантов с аффективными и психосоматическими расстройствами.

Изучение преморбидных особенностей личности больных реактивной депрессией выявило свойственные им такие качества, как прямолинейность, ригидность, бескомпромиссность. Наиболее травмирующими для них являются ситуации «эмоционального лишения». Инертность в мышлении, повышенная самооценка, подозрительность служат почвой для возникновения реактивных параноидов.

Диагностика реактивных психозов

Диагностика реактивных психозов, как правило, больших затруднений не вызывает. Психоз развивается после психической травмы. Большое значение для диагностики имеет структура синдромов психогенных расстройств. Обращают на себя внимание эмоциональная живость и сохранность больных. Типичны концентрация переживаний, тесная спаянность психопатологической симптоматики с психотравмирующей ситуацией, малейшие изменения которой отражаются на состоянии больных.

В клинической практике психогенные расстройства приходится дифференцировать с эндогенными психическими заболеваниями (шизофренией, эндогенными депрессиями, шизоаффективными расстройствами), а также органическими заболеваниями головного мозга, олигофренией, атрофическими процессами ЦНС, алкоголизмом и др.

Дифференциальная диагностика в указанных случаях основывается на наличии, наряду с симптоматикой собственно психоза, других расстройств психики в зависимости от нозологии. Основные дифференциально-диагностические признаки депрессий психогенного и эндогенного характера приведены в таблице 7.

Лечение и профилактика

Лечение психогенных расстройств должно быть комплексным, включать наряду с использованием различных психотропных средств широкое применение методов социотерапевтического воздействия на больного (психотерапия и психокоррекция, трудотерапия и др.). При аффективно-шоковых реакциях, истерических психозах с расстройством сознания, острых реактивных параноидах с выраженным психомоторным возбуждением необходимо прежде всего увести больного из психотравмирующей обстановки, при необходимости применяя удержание или, в исключительных случаях, используя иммобилизацию. Изоляция

больного от массивных травмирующих воздействий позволяет снизить уровень эмоционального напряжения, мобилизовать внутренние ресурсы больного и предупредить дальнейшее возникновение протрагированных расстройств. Оказание неотложной психиатрической помощи необходимо начинать немедленно. Доступность и адекватность психолого-психиатрической помощи способны в значительной мере предупредить развитие тяжелых и затяжных психических расстройств у жертв чрезвычайных ситуаций.

В остром периоде психической травмы основными задачами психотерапии и фармакотерапии являются снижение уровня тревоги и эмоционального напряжения и восстановление основных психических функций. Лекарственная терапия включает применение седативных средств (преимущественно растительного происхождения), транквилизаторов, нейролептиков с преобладанием седативного эффекта.

В качестве медикаментозных средств первой помощи наряду с общедоступными седативными средствами (валокордин, корвалол, новопассит и др.) целесообразно использовать транквилизаторы бензодиазепинового ряда: внутримышечно реланиум (диазепам) 0,5% — 4–6 мл или внутрь в таблетках 10–15 мг, альпразолам, феназепам и др. Аффективные расстройства и психомоторное возбуждение купируются введением нейролептиков — аминазина 2,5% раствор внутримышечно в дозе 100–300 мг/сут., тизерцина 2,5% — 50–150 мг/сут. Лечение кратковременных психогенных реакций и нерезко выраженных истероконверсионных и аффективных расстройств можно проводить в амбулаторных условиях. Больные в состоянии психоза (истерического, реактивной депрессии, параноида) нуждаются в немедленном стационарировании в психиатрическую больницу ввиду их непосредственной опасности для себя или окружающих.

После купирования психомоторного возбуждения или ступора дальнейшая терапевтическая тактика определяется особенностями клинической картины. При истерических психозах назначаются мягкие нейролептики — производные препаратов фенотиазина: сонапакс, неулептил, этаперазин в среднетерапевтических дозах в сочетании с транквилизаторами. При возбуждении рекомендуется внутримышечное введение аминазина и тизерцина в дозах от 100 до 200 мг/сут. Галлюцинаторные расстройства и бредоподобное фантазирование требуют включения в терапевтический комплекс нейролептиков-антипсихотиков, таких как галоперидол (5–15 мг/сут., трифтазин 10–30 мг/сут.).

При тяжелых реактивных депрессиях с тревогой рекомендуется назначение антидепрессантов с седативным эффектом: амитриптилина, кломипрамина (анафранил), миансерина в дозах до 150 мг/сут. в сочетании с мягкими нейролептиками (хлорпротиксен, сонапакс до 30 мг/сут.). При более легких депрессивных состояниях показан пиразидол до 100–200 мг/сут. с добавлением малых доз нейролептиков (сульпирид 150 мг/сут., сонапакс 20 мг/сут.). В последние годы стали широко использоваться антидепрессанты из группы СИОЗС: флуоксетин

(прозак), сертралин (золофт), циталопрам (ципрамин) и др. Учитывая наличие у больных реактивной депрессией выраженных нарушений сна, целесообразно использовать в терапии такие антидепрессанты, как ремерон и тразодон (триттико), которые обладают выраженным гипногенным действием и существенно улучшают субъективные характеристики ночного сна: укорачивается время засыпания, уменьшается количество ночных пробуждений и сновидений, увеличивается продолжительность ночного сна и, что особенно важно, улучшается качество утреннего пробуждения.

При реактивных параноидах необходима интенсивная терапия нейрорепрессивными препаратами. Наряду с нейрорепрессивными седативного действия (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен) следует сразу назначать внутримышечно такие препараты, как трифтазин (до 30 мг/сут.), галоперидол (до 15 мг/сут.).

При лечении реактивных психозов у больных пожилого и старческого возраста психотропные препараты применяют осторожно и в меньших дозах, так как в этом возрасте часто отмечается повышенная чувствительность к лекарствам. Реактивная депрессия у подростков мало поддается терапии трициклическими антидепрессантами. Более эффективны препараты из группы СИОЗС: флуоксетин (прозак), сертралин (золофт). Смягчить напряженный аффект, уменьшить тревогу и страх у подростка можно малыми дозами амитриптилина или транквилизаторами (диазепам, алпразолам и др.). При патохарактерологических (поведенческих, в том числе делинквентных) эквивалентах реактивной депрессии у подростков целесообразно назначать корректоры поведения: неулептил, сонапакс в дозах до 40 мг/сут.

Лекарственную терапию обычно нельзя считать средством первой очереди. Если депрессия сравнительно легкая, следует проводить когнитивно-поведенческую терапию. У многих больных состояние разрешается после применения элементарного психотерапевтического подхода, направленного на поиск выхода из сложившейся ситуации, при неразрешимости ее — на создание новой жизненной цели в другом, доступном подростку направлении. Однако если депрессия более тяжелая и имеет затяжной характер, следует назначить психофармакотерапию в сочетании с психотерапией.

Психотерапия при реактивной депрессии у взрослых также необходима на всех этапах развития депрессивного состояния. Помимо индивидуальной психотерапии большое значение имеет групповая и семейная психотерапия. На первом этапе психотерапевтическое воздействие носит успокаивающий характер, в дальнейшем перед врачом стоит задача создать для больного новую жизненную цель, новую жизненную доминанту (забота о доме, своих близких и др.). При этом следует учитывать возможности больного и ориентировать его на вполне достижимые цели. При реактивных параноидах необходимо первоначально купировать с помощью психотропных средств тревогу и страх и при этом использовать психотерапевтические методы поддержки,

суггестии, переубеждения, модификации окружающей среды. В дальнейшем рациональная психотерапия должна быть направлена на формирование критического отношения к бредовой симптоматике. В случаях реактивных истерических психозов психотерапевтические приемы должны быть направлены на преодоление «психологической защиты» у больных, не позволяющей осознать реальную ситуацию. Для этой цели наиболее подходят суггестивные методы воздействия как в бодрствующем состоянии больного, так и в состоянии гипноза.

Психотерапия является основным методом лечения при ПТСР, в особенности поведенческие методики. Лечение позволяет добиться снижения уровня тревоги, помогает пациенту обрести потерянное чувство контроля над окружением, справиться с состоянием беспомощности и бессилия. Психотропные средства также необходимы для лечения ПТСР, особенно в острой стадии болезни. Для профилактики острых психогенных расстройств и последующих ПТСР важно оказание комплексной медико-психологической помощи уже с первых минут или часов чрезвычайной ситуации. С этой целью в стране созданы специальные бригады, работающие в подразделениях «Медицины катастроф».

23.2. Невротические расстройства (неврозы)

Термин «невроз» широко используется в качестве собирательного понятия, обозначающего группу расстройств функционального характера. В наиболее известном отечественном определении неврозов, принадлежащем В.А.Гиляровскому, приводится несколько признаков, характеризующих неврозы: психогенный характер возникновения, отсутствие органических изменений, значение личностных особенностей, тенденция к переработке личностью сложившейся ситуации и преодолению болезни, наличие вегетативных и соматических расстройств. Многие видные отечественные и зарубежные психиатры (Юдин Т.И., 1935; Попов Е.А., 1954; Вайтбрехт Г., 1963, и др.) задолго до современных подходов, положенных в основу существующих систематик, не считали неврозы самостоятельным заболеванием, ссылаясь на то, что ни один из предлагаемых признаков неврозов не является достоверным для диагностики.

Согласно современному определению, принятому в нашей стране, невроз — психогенное (как правило, личностно-конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, проявляющееся в специфических непсихотических клинических феноменах и соматовегетативных нарушениях с сохранностью критического отношения больных к своему состоянию.

Впервые понятие «невроз» было предложено в 1776 г. шотландским врачом Кулленом, и с тех пор дискуссии о сущности невроза, корнях его возникновения и механизмах формирования не становятся менее животрепещущими. Сегодня трудно найти в медицине другое понятие,

трактуемое различными научными школами столь многозначно и даже противоречиво. Причем на острие научных дискуссий находятся не только вопросы систематики неврозов, а само существование их как нозологической формы. Это нашло отражение в современной классификации психических расстройств МКБ-10, в которой отсутствует собственно термин «невроз», а все возможные формы расстройств невротического регистра отнесены к разделу F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

В отечественной психиатрии традиционно выделялось три основные формы неврозов: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний. Ряд отечественных психиатров (Лакосина Н.Д., 1970) рассматривают в качестве самостоятельной формы невроза депрессивный невроз, или невротическую депрессию. В то же время другие авторы (Ушаков Г.К., 1968, и др.) не признают подобный подход к систематике, считая, что депрессивная симптоматика может быть при всех формах неврозов.

23.2.1. Клинические проявления основных форм невротических расстройств

Неврастения (астенический невроз)

Неврастения (от греч. *neuron* — нерв, *astheneia* — бессилие, слабость) — невроз, проявляющийся состоянием повышенной возбудимости и быстрой истощаемости с эмоциональной неустойчивостью, расстройством сна, вегетативными нарушениями.

Впервые неврастения описана в 1869 г. американским врачом Г.Бирдом, который связывал возникновение астенической симптоматики с невозможностью человека приспособиться к растущему темпу жизни современного общества. В XX в. диагноз неврастении был наиболее частым среди всех неврозов. В настоящее время неврастения диагностируется значительно реже и, по мнению ряда отечественных авторов (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997), ее включение в МКБ-10 скорее дань традиции. В американской классификации DSM-IV неврастения как самостоятельная форма психического расстройства вообще не входит. Однако это вовсе не означает, что астенические расстройства стали реже встречаться, напротив, их распространенность увеличилась, но как наименее специфический синдром астения описывается в структуре других нарушений (депрессивных, тревожных, соматоформных и др.).

Обычно выделяют два варианта неврастении: *невроз истощения*, причиной которого являются непомерные, главным образом интеллектуальные, нагрузки, и *реактивную неврастению*, обусловленную психотравмирующими ситуациями на фоне предшествующих астенизирующих факторов — переутомления, недосыпания, перенесенных острых соматических заболеваний, прежде всего инфекционной природы, и др. Это деление носит в большей степени условный характер, так как

при неврозе истощения обычно имеет место и реактивный компонент в виде тревоги и опасения за успех исполнения работы в связи с повышенными требованиями к ее качеству или ограниченными сроками исполнения, последствиями в случае невыполнения работы в указанное время и т.д. Например, подобные ситуации нередко встречаются у студентов, которые в связи с переходом на другой факультет или в другой вуз вынуждены изучать больше дисциплин, сдавать дополнительное число зачетов и экзаменов в ограниченный период времени. То же касается и дополнительных нагрузок у студентов дневных отделений, связанных с необходимостью подрабатывать. При этом помимо переутомления большую роль играет эмоциональный фактор — страх перед последствиями неудачи, грозящей отчислением из вуза.

Что касается механизмов развития неврастения, то еще известный отечественный психиатр Е.К.Краснушкин писал, основываясь на данных физиологии, что утомление является защитным сигналом к прекращению деятельности и таким образом препятствует наступлению переутомления и нервного истощения. Однако волевым усилием человек может побороть утомление и продолжить необходимую деятельность — это наблюдается при выполнении большого объема работы в сжатые сроки. Надо думать, что в этих случаях речь идет не только о чрезмерной рабочей, но и аффективной нагрузке, стимулирующей волевое напряжение. Перегрузка при срочной работе, продолжение утомления, часто вынужденная бессонница, лишаящая организм отдыха и восстановления сил, уменьшение резервов организма и приводят к нервному истощению.

В отечественной литературе принято выделять *гипо-* и *гиперстеническую формы неврастения*. Для гиперстенической неврастения характерны раздражительность, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, склонность к аффективным реакциям, отвлекаемость внимания и др. При гипостенической неврастении ведущими являются постоянное чувство усталости, вялость, иногда сонливость, быстрая истощаемость при любой деятельности, снижение трудоспособности. В процессе развития заболевания возможны переходы из гиперстенической формы в гипостеническую. Исходя из динамики астенических расстройств, многими авторами выделяется три стадии неврастения: начальная стадия (*гиперстеническая*) проявляется преимущественно в раздражительности и возбудимости, *промежуточная* стадия характеризуется так называемой раздражительной слабостью, в третьей стадии (*гипостенической*) преобладают слабость и истощаемость.

Состояние так называемой *раздражительной слабости*, наиболее характерное для клиники неврастения, представляет собой сочетание повышенной возбудимости и раздражительности с утомляемостью и быстрой истощаемостью. По случайным и незначительным поводам у больного возникают бурные реакции раздражения или вспышки гнева, которые обычно непродолжительны, но часты. Больные не способны в достаточной мере контролировать внешние проявления своих эмоций.

Повышенная возбудимость нередко выражается в слезливости, ранее не свойственной больному, или же в нетерпеливости, суетливости. Характерна болезненная непереносимость громких звуков, шума, яркого света, резких запахов (гиперестезия). Яркий свет раздражает, возникают неприятные ощущения в глазах, головная боль. Шумы, которые раньше были безразличны, становятся неприятными, мешают уснуть, постель кажется слишком жесткой, белье грубым. Расстраивается активное внимание. Появляются жалобы на рассеянность, плохое запоминание. Настроение неустойчивое, со склонностью к подавленности. При тяжелых формах неврастения может развиваться картина так называемой *депрессии истощения* (по классификации депрессий П.Кильхольца, 1965) — понижение интереса к окружающему, вялость, мрачность, безразличие. Затяжные депрессивные состояния и отрыв болезненных расстройств от реальной ситуации требуют дифференциальной диагностики с эндогенными психическими заболеваниями.

Постоянный признак неврастения — нарушение сна (*диссомнии*), которое может проявляться затруднением засыпания, поверхностным сном, не приносящим чувства отдыха, тревожными сновидениями, сонливостью днем и бессонницей ночью. Часто больной легко засыпает, но при малейшем шуме просыпается, не может больше уснуть, утром встает с ощущением вялости и разбитости.

Облигатным признаком неврастения являются *вегетативные нарушения по типу дистонии*. При волнении или физической нагрузке у больных появляются вегетативные реакции, неадекватные по силе, но быстро исчезающие: тахикардия, одышка, потливость, покраснение или побледнение кожных покровов, похолодание конечностей. Механизмы вегетативно-сосудистой дистонии, по-видимому, лежат в основе патогенеза головной боли у больных неврастением. *Головные боли* бывают двух типов: тупые (давящие, распирающие) и пульсирующие. Больные жалуются, что голову сдавливает, сжимает, как обручем («каска неврастеника»), или что они испытывают пульсирующую головную боль, периодически усиливающуюся под влиянием экстрараздражителей. Вегетативно-соматические дисфункции могут касаться и других систем и органов, в частности желудочно-кишечной системы. Аппетит либо снижается или полностью пропадает, либо бывает повышен («зверский голод»), но при этом происходит очень быстрое насыщение пищей. Могут появляться отрыжка, изжога, запоры, чувство тяжести в желудке.

Больным неврастением становится трудно длительное время сохранять однообразную позу, выполнять мелкие точные движения. Крайне мучительным становится ожидание. На это расстройство обратил внимание И.П.Павлов, объяснив это тем, что при неврастении страдает внутреннее торможение и поэтому именно ожидание для больных особенно мучительно. Студенты, страдающие неврастением, часто отмечают, что они не могут спокойно сидеть на лекции, вынуждены постоянно

менять позу, не могут найти удобное положение, совершают много ненужных действий, что отвлекает их самих и мешает окружающим.

Самочувствие у больных крайне неустойчивое, подвержено значительным колебаниям в зависимости от внешних причин. Настроение чаще пониженное с недовольством собой и окружающими и постоянной готовностью ответить реакцией обиды и раздражения. Общение с друзьями, веселые компании, которые раньше доставляли удовольствие, иногда на короткий срок захватывают больного, но все быстро начинает надоедать и раздражать, вызывает головную боль, приводит к конфликтам, так как здоровые люди не могут понять изменившееся состояние и поведение больного. Неврастеники не владеют своими чувствами, они невоздержанны по пустякам, по ничтожному поводу расстраиваются до слез, у них возникают неадекватные реакции обиды, раздражения, но неожиданно быстро они могут успокаиваться.

Больных беспокоит повышенная отвлекаемость и расстройство внимания. Включившись в работу, уже через несколько минут они ловят себя на мысли, что думают о другом, не могут воспроизвести прочитанное, затем нарушается память на отвлеченные понятия, номера телефонов, имена, даты и т.д. Это выражается в жалобах на затруднения в усвоении материала при обучении. При попытке заставить себя работать появляются головные боли, слабость, чувство разбитости, раздражительность, недовольство собой и окружающим. Испытывая неудовлетворенность своей непродуктивностью, больные неврастением строят нереальные планы, пытаются наверстать упущенное, берутся сразу за несколько дел, но ни одно не могут довести до конца из-за отвлекаемости и появляющихся симптомов болезни. Неудачи, как правило, ухудшают самочувствие и настроение, убеждают в своей несостоятельности.

При длительном течении неврастения наблюдается расширение симптоматики за счет присоединения других невротических расстройств, например, истерических, ипохондрических, навязчивых невротических реакций, что дает основание многим авторам оценивать неврастению как преневротическое состояние в рамках других неврозов.

Течение неврастения, как правило, благоприятное. Так, по данным некоторых авторов, через 10–25 лет 49,6% больных были здоровы, у 24,8% отмечалось стойкое улучшение и лишь примерно у 20% оно может быть затяжным с усложнением невротической симптоматики и становлением невротического развития личности.

Истерические невротические расстройства

Истерический невроз (от греч. *hystera* — матка) — это невроз, проявляющийся полиморфными функциональными психическими, соматическими и неврологическими расстройствами и характеризующийся большой внушаемостью и самовнушаемостью больных. Учитывая, что истерия чаще наблюдалась у женщин, древнегреческие врачи связывали ее возникновение с нарушениями функции матки.

Симптомы истерии обычно напоминают проявления различных болезней, поэтому известный французский психиатр Ж.М.Шарко назвал ее «великой симулянткой».

Термин «истерия» со временем приобрел в обществе социально-негативный оттенок и диагноз, включающий слово «истерический», стал стигматизирующим. Поэтому в последние годы в западной психиатрии стали использовать для обозначения истерических расстройств термины «диссоциативный» или «конверсионный». В основе диссоциации лежит феномен психологической защиты, впервые описанный З.Фрейдом. В условиях значимой для личности психической травмы, с которой человек не в силах справиться, в качестве своеобразной защиты происходит дезинтеграция отдельных составляющих психической деятельности: осознания самого себя, памяти на прошлое, способности произвольно руководить своими действиями. Механизмы психологической защиты при этих нарушениях включают, помимо диссоциации, также вытеснение, изоляцию и отрицание. К расстройствам диссоциативного типа принято относить истерический сомнамбулизм, амнезии, фуги, ступор, сумеречные состояния, псевдодеменцию и др., которые редко наблюдаются в структуре невротических расстройств (их описание дано в разделе 23.1.3).

Термин «конверсия» (лат. *conversio* — превращение, замена) заимствован из психоаналитической литературы. В клиническом понимании он обозначает особый патологический механизм, способствующий разрешению аффекта сенсомоторными актами и обуславливающий трансформацию психологических конфликтов в соматоневрологические проявления. В МКБ-10 термины «диссоциативные расстройства» и «конверсионные расстройства» используются как тождественные.

В клинической картине конверсионной истерии можно выделить три основные группы симптомов: *моторные, сенсорные нарушения и расстройства вегетативных функций*, имитирующие соматическую или неврологическую патологию (соматоформные расстройства). Все они напоминают соматические или неврологические заболевания. Истерические расстройства чаще наблюдаются у женщин.

Моторные нарушения могут выражаться *гипокинезией* в виде полного или частичного паралича конечностей (моно-, геми-, парапарезы и плегии), атаксии, астазии-абазии (невозможность самостоятельно передвигаться при отсутствии изменений мышечного тонуса и сохранности всех движений в пределах постели), апраксии, афонии, дизартрии. *Гиперкинезы* могут иметь разнообразные формы: тики, грубый ритмичный тремор головы и конечностей, усиливающийся при фиксации внимания, блефароспазм, дизартрии (по типу заикания), хореiformные движения и подергивания.

Топография истерических параличей обычно не соответствует периферической иннервации или локализации очага в ЦНС. Они охватывают либо всю конечность, либо ее часть, строго ограниченную суставной линией (нога до колена, стопа и т.п.). При параличах отсутствуют пи-

рамидные знаки, нарушения трофики. Атрофии мышц обычно незначительны, обусловлены бездействием. Характерным в клинике является поведение, направленное на привлечение внимания. В отличие от органических истерические гиперкинезы зависят от эмоционального состояния, видоизменяются по механизму подражания, могут временно исчезать или ослабевать при переключении внимания больного или под влиянием психотерапевтических воздействий.

При истерическом неврозе в ответ на психогенное воздействие могут возникать генерализованные судорожные явления по типу эпилептиформного припадка. Подобные *истерические припадки* сопровождаются вегетативными расстройствами и сужением сознания. В отличие от эпилептического припадка в этих случаях сознание не утрачивается полностью и больной падает, не получая повреждений и сохраняя способность воспринимать и оценивать происходящее вокруг. Возникает истерический припадок, как правило, в присутствии «зрителей», причем, чем больше волнений у окружающих он вызывает, тем дольше может продолжаться. В отличие от эпилептических припадков нет прикусывания языка, тяжелых травм, упускания мочи, сохраняется зрачковая реакция на свет. Продолжительность истерического припадка от минут до часов. Чаще встречаются abortивные формы — обмороки, слезы или смех, тремор всего тела с внешними признаками утраты сознания без фактической его утраты.

Сенсорные нарушения чаще всего проявляются расстройствами чувствительности (анестезии, гипо- и гиперестезии) и болевыми ощущениями в различных органах и частях тела. Нарушение кожной чувствительности обычно носит произвольный характер и зависит от того, как больной представляет себе это нарушение, поэтому у больных истерией данные расстройства могут иметь самое причудливое расположение и конфигурацию. Чаще встречаются анестезии по ампутационному типу в виде носков, чулок, перчаток или по типу жилетки, пояса, половины лица и т.д. *Истерические боли* (алгии) могут наблюдаться в любой части тела (головные боли, боли в спине, суставах, конечностях, сердце, языке, в области живота). Типичен болевой синдром в клинике так называемых соматоформных расстройств и синдрома Мюнхгаузена (см. ниже).

Помимо анестезий и алгий при истерическом неврозе может наблюдаться утрата функций органов чувств — слепота (амавроз) или глухота (сурдомутизм). Среди истерических расстройств зрения довольно часто встречается концентрическое сужение полей зрения, которое тесно сочетается с извращением цветоощущения, могут встречаться скотомы и гемианопсии. Однако даже резко выраженное сужение поля зрения не мешает больным ориентироваться в пространстве.

В офтальмологическое отделение была доставлена девушка 25 лет в сопровождении ее родного брата. Со слов пациентки, она «ослепла три дня назад». Пациентка и ее брат просили разобраться в «неожиданно

свалившемся катастрофическом заболевании». Осмотр офтальмологом с использованием современных аппаратов и методов диагностики какой-либо патологии не обнаружил. В то же время было установлено, что внезапному развитию слепоты предшествовала острая психотравмирующая ситуация. К больной был приглашен для консультации врач-психиатр. В результате изучения анамнестических сведений выяснилось, что в течение двух лет девушка встречалась с молодым человеком, в которого была «безумно влюблена», у них были прекрасные отношения, и она не сомневалась во взаимности его чувств. Три дня назад должна была состояться свадьба, было приглашено около 100 гостей. Много приходилось хлопотать совместно с женихом в организации торжества, волновалась, мало спала, уставала. Утром в день свадьбы поехали в ЗАГС в сопровождении близких друзей, расписались в торжественной обстановке и разъехались по домам, чтобы подготовиться к торжеству, которое должно было состояться в загородном ресторане. Свадьба была назначена на 16 часов. Подходило время отъезда к месту торжества, а жених и его друзья не появлялись. Невеста начала волноваться, не понимая, что может задержать их в такой торжественный момент. Телефоны домашний и сотовый молчали. Наконец раздался звонок в дверь, появились отец жениха и его заплаканная сестра, которые сообщили, что свадьбы не будет. Они рассказали, что более 2 лет назад их сын – жених, а фактически уже муж пациентки – рассорился со своей девушкой. В отместку она вышла замуж за другого. Два года они не встречались и ничего не знали друг о друге. Накануне назначенной свадьбы, узнав что «прежняя любовь» женится, женщина позвонила бывшему возлюбленному и попросила о встрече. После регистрации брака они встретились и решили больше не расставаться, «связать свою судьбу». Когда в присутствии гостей несостоявшаяся жена услышала эту новость, у нее «потемнело в глазах» и наступила потеря зрения. Первоначально видела какие-то тени, очертания предметов, а затем наступила «крошечная тьма». Не спала всю ночь, отказывалась от общения с окружающими, не хотела обращаться к врачам. После длительных уговоров была доставлена в больницу. Со слов брата, больная по дороге в больницу, хотя и жаловалась на слепоту, «но довольно свободно ориентировалась в пространстве, даже не натываясь на окружающие предметы». Врач-психиатр, поговорив с больной, успокоил ее, сообщив, что поможет ей «прозреть» и что для этого ей не придется ложиться в больницу. Проведенные после этого два сеанса суггестивной психотерапии с погружением больной в гипнотическое состояние вернули ей зрение.

Описанный в данном примере истерический амавроз (не тотальный, а лишь сужение поля зрительного восприятия) возник у больной остро на фоне повышенного волнения и физического утомления (подготовка к свадьбе). Психотравма отличалась субъективной значимостью и внезапностью, «как гром среди ясного неба», и явилась для пациентки шоком. Слепота выступала в качестве своеобразной защиты больной

от «стыда» и позволила не видеть «злорадства некоторых гостей». Временная утрата функций помогла ей избежать неприятного конфликта или косвенным образом выразить свое негодование. Этот «защитный механизм», вызвавший функциональные расстройства зрения, был преодолен с помощью психотерапевтических методов. Своевременная диагностика и адекватная терапия явились залогом успеха в лечении данного расстройства.

Конверсионная глухота и аносмия встречаются гораздо реже.

Вегетативные или соматоформные расстройства у больных истерическим неврозом могут проявляться разнообразными неспецифическими функциональными нарушениями различных систем и органов и выражаться *множественными жалобами соматического характера*. По данным различных авторов, их распространенность в общесоматической практике от 2 до 25%. Женщины болеют в 6–8 раз чаще. Наиболее часто встречаются желудочно-кишечные нарушения (боль, отрыжка, регургитация, рвота, тошнота), кожные ощущения (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность), сексуальные и менструальные жалобы. Вегетативные расстройства часто бывают в виде обмороков, вегетативных кризов с сердцебиением, головокружением. Нередко в клинике соматоформных расстройств ведущими являются *болевы синдромы* (психалгии). Боль часто не соответствует зонам иннервации, но иногда напоминает болевые симптомы при какой-либо известной болезни. Психогенная боль в спине или головная боль постоянная, тяжелая и психически угнетающая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом и появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины. Результатом является отчетливое усиление поддержки со стороны отдельных лиц либо медиков. Указанные жалобы описываются в драматической, преувеличенной манере, красочным языком.

Упорные жалобы на болевые ощущения в животе характерны для больных с *синдромом Мюнхгаузена*. Имитируя при этом клинику острого живота, больные стремятся к проведению оперативных вмешательств. Типичным для таких больных является так называемый «географический живот» — деформированный рубцами после многочисленных лапаротомий. Больные с подобными расстройствами кочуют из одной хирургической клиники в другую с единственной целью — подвергнуться оперативному вмешательству. Каждый раз при поступлении в стационар они сообщают вымышленные сведения о своей жизни и истории заболевания.

Несмотря на то что возникновение и сохранение симптоматики тесно связано с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, больные отрицают подобную связь, противятся попыткам обсуждения возможности психогенной обусловленности имеющих расстройств. Академик И.П.Павлов отмечал, что истерический невроз, возникая в непереносимой для личности ситуации, всегда несет

в себе компонент «условной приятности и желательности». Он заключается в том, что личность «бегством в болезнь» как бы защищает-ся от трудной ситуации и получает определенную выгоду. Следствием этого является своеобразное отношение к заболеванию, обозначенное французским психиатром П.Жане как «прекрасное равнодушие». Такие пациенты заметное сопротивление оказывают попыткам лечить их, проявляют недоверчивое отношение к различным методам терапии или отвергают их под разными предлогами, опасаясь расстаться с ролью больного человека. Они, как правило, особенно любят «гипноз», всякого рода целителей, склонны окружать свою болезнь ореолом мистицизма. Подобное реагирование является следствием неосознаваемых механизмов «психологической защиты» по типу отрицания, вытеснения и диссоциации.

Характерно *истерическое поведение*, направленное на привлечение внимания (*демонстративность*), особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований. Помимо демонстративности для истерических расстройств характерны: особая изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения; обогащение и расширение круга симптомов под влиянием новой информации; «инструментальный» характер болезненных расстройств, выступающих в качестве орудия (инструмента) *манипуляции окружающими* (ослабление или даже исчезновение симптоматики в связи с разрешением трудной ситуации, усиление — при неудовлетворении притязаний) (Якубик А., 1982). Цель манипулятивного поведения — добиться участия и помощи, привлечь внимание к своим проблемам, подчинить окружающих своим интересам.

В поведении больных типичны аффективные нарушения, характеризующиеся лабильностью эмоций, быстрой сменой настроения, склонностью к бурным аффективным реакциям со слезами, часто переходящими в рыдания. Эмоциональные проявления сочетаются с яркой мимикой, необычными драматическими позами, речевыми интонациями, а также другими *истерическими стигмами* («ком в горле», «чувство нехватки воздуха», «обмороки»).

В клинической картине конверсионной истерии расстройства редко выступают изолированно. Обычно они сочетаются, отличаясь большим динамизмом, разнообразием симптомов, сложностью и изменчивостью. Истерическому припадку нередко предшествуют различные стигмы, обмороки и вегетативные кризы, а после минования судорожных пароксизмов могут выявляться амавроз, стойкий гиперкинез или псевдопараличи.

Современный патоморфоз истерических расстройств

Клиника истерических расстройств менялась в зависимости от эпохи. В настоящее время проявления истерии не так демонстративны

и богаты, как в прошлом. В патоморфозе истерических расстройств, несомненно, имеют значение повышение общеобразовательного уровня населения, большая информированность в области медицинских знаний, привлечение внимания к наиболее серьезным и опасным заболеваниям.

В связи с патоморфозом сейчас редко можно наблюдать типичную клиническую картину развернутого истерического припадка. Истерический припадок в современных условиях чаще напоминает гипертонический криз, сердечный приступ или какой-либо другой вегетососудистый пароксизм. В структуре истерических припадков вместо судорог чаще наблюдается тотальный тремор — «трясучка всем телом» или подергивание частей тела, которые врачами общего профиля часто не оцениваются как проявления истерической симптоматики. Очень редки, например, красочные сценopodobные галлюцинации, исчезли яркие развернутые припадки в виде «одержимости», частые в средние века, почти не наблюдаются сложные истерические нарушения в форме так называемой мнимой смерти (летаргический сон) и т.д. Значительно реже встречаются двигательные и сенсорные нарушения. Вместо потери чувствительности по типу носков, перчаток, жилеток и т.д., которые были описаны психиатрами ранее, сейчас наблюдаются онемение конечностей, ощущение ползания мурашек, покалывание, чувство жара или холода в одной или обеих конечностях. Эти ощущения могут быть похожи на органические расстройства и затрудняют своевременную диагностику. Типичные параличи и парезы, астазия-абазия также наблюдаются редко. У больных преобладают слабость («ватность») в руках и ногах, обычно возникающая при волнениях. Больные отмечают, что ноги делаются как ватные, подкашиваются, одна нога вдруг делается слабой, заплетается или появляются тяжесть, пошатывание при ходьбе. Вместо мутизма (невозможности говорить) в настоящее время чаще наблюдаются заикание, запинки в речи, трудности в произнесении отдельных слов и т.д.

Динамика истерических расстройств

Психогенные истерические реакции могут быть кратковременными, эпизодическими и исчезать спонтанно, без лечения. Возможна также длительная, на протяжении нескольких лет, фиксация истерических проявлений. После их затухания может остаться склонность к возникновению отдельных истерических стигм (парестезии, неустойчивость походки, обмороки) в ситуациях, вызывающих аффективное напряжение.

Обсессивно-фобические невротические расстройства

Расстройства, проявляющиеся навязчивыми страхами, представлениями, воспоминаниями, сомнениями и т.д. известны в течение многих лет. Еще в 1903 г. французский психиатр П.Жане выделил навязчивости в качестве самостоятельного заболевания под названием «психастения». В отечественной психиатрии данный термин использовался для обозна-

чения тревожно-мнительных черт характера в рамках психопатий. Для обозначения невротического уровня расстройств навязчивого спектра использовался термин *«невроз навязчивых состояний»*. В МКБ-10 данная рубрика отсутствует, вместо нее в разделе F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» имеется несколько отдельных рубрик, обозначающих данный тип расстройств. Наиболее характерными для всех типов расстройств, относящихся к этой группе, являются *навязчивости*, или *обсессии* (от греч. *obsessio* — овладевать, охватывать), которые могут проявляться в виде *фобий* (греч. *phobos* — страх) или в виде *компульсий* (от лат. *compulsare* — принуждать).

Среди всех навязчивостей наиболее часто встречаются фобии — навязчивые страхи, рассматриваемые в рубрике *«Тревожно-фобические расстройства»* (F40). Перечень фобий составляет, по выражению французского психиатра А.Леви-Валенси (1948), «сад греческих корней», так как название каждой фобии состоит из древнегреческого корня, обозначающего конкретный страх, и слова «фобия». Наиболее распространенными являются *агорафобия* (страх открытых пространств и толпы), *клаустрофобия* (страх закрытых пространств), *ипохондрические фобии*, или *нозофобии* (страх заболеть тяжелой соматической болезнью, например кардиофобия, канцерофобия, СПИДОфобия и т.д.), *мизофобия* (страх загрязнения), *социофобии* (страх публичных выступлений) и др.

Проявляются фобии конкретным навязчивым страхом и тревогой, возникающими в определенной ситуации. Начало по типу условного рефлекса. Вначале страх, сопровождающийся выраженными проявлениями вегетативной дисфункции (озноб, сердцебиение, потливость и др.), возникает при непосредственном столкновении с травмирующей ситуацией, например, при поездке в метро, где впервые возник страх, затем при воспоминании (представлении) о ней и, наконец, заполняет все мышление, превращаясь в навязчивость. Поведение больных носит соответствующий характер по типу прямой защиты. В результате ситуации или объекты, связанные с возникновением первоначального страха, избегаются, а вынужденное столкновение с ними приводит к нарастанию тревоги и чувства страха от легкого дискомфорта до ужаса.

Типичным для развития фобических расстройств является расширение ситуаций, вызывающих страх. Примером могут служить весьма распространенные *транспортные фобии*: вначале больной испытывает страх ездить в метро, затем в общественном наземном транспорте, такси и т.д. Фабула страха может включать следующие опасения: «в метро не смогут оказать своевременную помощь из-за глубины станций и большого расстояния между ними», «водитель не успеет открыть автоматически закрывающиеся двери», «шофер такси не сможет оказать необходимую помощь» и т.п. Больные с ипохондрическими фобиями, чаще всего кардиофобиями, могут выбирать специальный маршрут, где по пути имеются медицинские учреждения или аптеки, чтобы обезопасить себя на случай плохого самочувствия. При себе всегда имеют необходимый арсенал лекарственных средств.

Встречаются и другие *специфические (изолированные) фобии* (F40.2), например боязнь животных, высоты, грозы, темноты, полетов в самолетах, приема определенной пищи, лечения у зубного врача, вида крови, экзаменов и др., возникающие в какой-то одной, относительно редкой и предсказуемой ситуации.

Навязчивый страх может касаться способности выполнения привычных функций по типу *невроза ожидания*. Данный термин предложил в 1908 г. Э.Крепелин. Тревожное ожидание неудачи может распространяться как на физиологические функции (сон, речь, ходьба, сексуальные функции, мочеиспускание и др.), так и на профессиональные действия, например, у музыкантов, танцоров, спортсменов.

Социальные фобии (F40.1) часто начинаются в подростковом возрасте и сконцентрированы вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих, что приводит к избеганию общественных ситуаций. Часто избегание этих ситуаций настолько выражено, что в крайних случаях может привести к почти полной социальной изоляции.

Возникают у лиц с сенситивными (психастеническими) чертами характера, для которых типичны мнительность, тревожность, застенчивость, робость. Социальные фобии обычно сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики. Они могут быть изолированными (например, ограничиваясь только страхом еды на людях, публичных выступлений или встреч с людьми противоположного пола) или диффузными, включающими почти все социальные ситуации вне семейного круга. Фобии могут проявляться жалобами на покраснение лица, тремор рук, тошноту или императивные позывы к мочеиспусканию, при этом пациент убежден, что одно из этих вторичных выражений его тревоги является основной проблемой. Симптомы могут прогрессировать вплоть до панических атак.

Так называемые *панические атаки* наблюдаются в клинике панического расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревога), выделенного в МКБ-10 в самостоятельную рубрику F41.0. Панические атаки, особенно первые, по мнению многих авторов, нередко имеют конкретную биологическую основу, являясь по сути неспецифическим симптомокомплексом других заболеваний — *вегетативными кризами с фобическим компонентом*. Причиной появления первых вегетативных кризов (панических атак) могут стать, например, панкреатит, гастрит, остеохондроз, нарушения функции щитовидной железы, болезни сердца и др. Возникновение спонтанное, хотя иногда приступы могут провоцироваться резкими изменениями погодных условий, стрессом, недосыпанием, физическим напряжением, чрезмерной сексуальной активностью, злоупотреблением алкоголем. Причем алкоголь провоцирует вегетативные кризы не на высоте опьянения, а на следующий день (постинтоксикационный синдром).

Клинические проявления панической атаки — чрезвычайный страх и чувство надвигающейся смерти, сопровождающиеся тахикардией, ощущением нехватки воздуха, тошнотой, головокружением, потли-

востью. Помимо витального страха смерти могут отмечаться деперсонализационные (отчуждение собственного тела) и дереализационные (чувство нереальности окружающего) явления. Особое место в этом ряду занимает страх сойти с ума и потерять контроль над своим поведением. Больной пытается покинуть место, где возник приступ, ищет помощи. Длительность приступа от нескольких минут до часа, между приступами может наблюдаться тревожное ожидание повторения. По мнению отечественных авторов (Сергеев И.И., 2003), учитывая клиническую структуру и содержание переживаний при панических атаках, их следует относить к фобиям, а не к пароксизмальной тревоге. Панические атаки могут наблюдаться как самостоятельное расстройство, так и в структуре многих других тревожно-фобических расстройств. Одним из вариантов динамики панических атак может быть возникновение обсессивно-компульсивных расстройств.

Навязчивые состояния в виде навязчивых мыслей и(или) действий во французской (П.Жане) и отечественной литературе описывались как проявления патологии характера-психастении, в немецкой обозначались как ананказмы (от греч. *anankasmus* — вынуждать, заставлять), в англосаксонской — **обсессивно-компульсивное расстройство** (F42).

Основу обсессивно-компульсивных расстройств могут составлять *отвлеченные* (не вызывающие эмоционально-личностной окраски) или *образные навязчивости*. Под отвлеченными навязчивостями понимают «умственную жвачку» — преимущественно навязчивые мысли или размышления (F42.0). Это могут быть субъективно неприятные, бесполезные идеи, страхи, образы, философские рассуждения, не приводящие к решениям. Больной жалуется на повторяющиеся тягостные обсессивные мысли, образы или влечения, воспринимающиеся как бессмысленные, которые вновь и вновь приходят на ум и вызывают безуспешную попытку от них избавиться. Примером образных навязчивостей могут служить навязчивые воспоминания, навязчивые представления и контрастные влечения, противоречащие установкам личности: хульные (плохие) мысли о боге, о своих близких, желание сделать недозволенное или нанести вред себе или другим людям (страх острых предметов).

В основе обсессивно-компульсивных действий (ритуалов) лежит страх (например, мизофобия — страх загрязнения, приводящий к навязчивому мытью рук). Навязчивые действия выражаются в непрерывном контроле за предотвращением потенциально опасной ситуации. Компульсивные ритуальные действия могут ежедневно занимать по многу часов в день и сочетаются с нерешительностью и медлительностью.

Компульсивные действия, или ритуалы, представляют собой повторяющиеся вновь и вновь стереотипные поступки, смысл которых заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий. Обсессии и компульсии переживаются как чужеродные, абсурдные и иррациональные. Пациент страдает от них и сопротивляется.

Необходимо отметить, что многие отечественные психиатры (Сергеев И.И., 2003) подвергают сомнению невротическую природу обсесс-

сивно-компульсивных расстройств, которые рано или поздно обнаруживают эндогенные качества и рассматриваются в рамках расстройств шизофренического спектра. Для поведения больных с невротическими обсессивно-фобическими расстройствами ритуалы не характерны, предпринимаемые ими действия не носят символического характера. Защитные действия всегда конкретны и психологически понятны, несмотря на их чрезмерность и дезадаптирующую роль. Обычно больные сохраняют критическое отношение к навязчивым страхам, и это является отличительной особенностью невротических навязчивостей. Только на высоте страха на короткий период может утрачиваться критическое отношение. Часто больные сами создают себе систему защитных мероприятий и успешно справляются со страхами.

Больной кардиофобией рассказывает врачу: «Дома находился один, семья уехала на дачу. Накануне отмечали юбилей сотрудника по работе, пришлось много выпить. Утром для тонуса позанимался на тренажере. Во время приема душа неожиданно возник сердечный приступ: неприятные ощущения в области сердца, казалось, что сердце то бьется, то останавливается. Покрылся холодным потом, пальцы посинели, не хватало воздуха, решил, что умираю, выскочил на улицу полуодетым и в страхе пробежал около километра до поликлиники. Как только вступил на ее порог, страх исчез. Сам удивился, как же я бежал с такой скоростью, если у меня инфаркт».

Динамика тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств зависит от многих факторов, включая конституциональные и личностные особенности больных, влияние внешних факторов, в том числе своевременность и адекватность проводимой терапии. В последние годы отмечается склонность фобий к рецидивирующему или хроническому течению, часто глубоким нарушениям социального функционирования (вплоть до инвалидизации), вследствие избегающего поведения. Нередкой является терапевтическая резистентность навязчивых расстройств. Поэтому невротические расстройства данного типа в большинстве случаев требуют длительного (не менее 6–12 мес.) комплексного лечения с очень медленной отменой терапии и проведением реабилитационных мероприятий.

Депрессивный невроз (невротическая депрессия)

Невротическая депрессия является одним из вариантов психогенных расстройств на невротическом уровне. В большинстве современных классификаций невротическая депрессия не рассматривается в качестве самостоятельного расстройства, а включена в рубрику *«Дистимия»*.

Согласно МКБ-10, дистимия (F34.1) определяется как хронически подавленное (сниженное) настроение, которое не удовлетворяет критериям рекуррентного депрессивного расстройства легкой или средней тяжести. У некоторых больных бывают периоды (дни или недели), ко-

которые они сами оценивают как хорошие, но большую часть времени (часто месяцами) они чувствуют себя усталыми и подавленными, все делается с усилием над собой, ничто не доставляет радости. Больные склонны к мрачным размышлениям, постоянно жалуются на что-то, плохо спят и чувствуют себя дискомфортно, но в целом справляются с основными требованиями повседневной жизни.

Впервые невротическая депрессия была описана в психоаналитической литературе в начале XX в. В отечественной психиатрии наиболее полно концепция невротической депрессии была освещена в работах Н.Д.Лакосиной. В соответствии с этой концепцией под *депрессивным неврозом (невротической депрессией)* понимается психогенно возникающее депрессивное состояние, при котором сниженное настроение сочетается с функциональными соматическими нарушениями.

В качестве облигатных условий развития невротической депрессии выделены особенности преморбида больных и характер психотравмирующей ситуации. Среди преморбидных личностных особенностей отмечаются прямолинейность, ригидность, гиперсоциальность, бескомпромиссность. Этим лицам свойственна аффективная насыщенность переживаний, сочетающаяся со стремлением к сдерживанию внешних проявлений эмоций. Психотравмирующие ситуации, как правило, длительные, субъективно неразрешимые и в значительной степени обычно усугубляются или даже создаются самим больным в силу особенностей его характера. Выделяют два варианта ситуаций, приводящих к невротической депрессии: неблагоприятные взаимоотношения складываются практически во всех сферах жизни, т.е. «неудачна вся жизнь больного», по выражению О.В.Кербикова; ситуации эмоционального лишения, в которых вынужден существовать больной (длительная разлука, отсутствие эмоционального контакта с близкими, взаимоотношения, которые надо скрывать, неудовлетворенность работой и взаимоотношениями в коллективе, отсутствие при этом «эмоциональной отдушины» и др.).

Психотравмирующие ситуации отличает длительность, отрицательные эмоции, вызванные ими, подавляются больными. Однако, как свидетельствуют результаты изучения физиологии высшей нервной деятельности, отрицательные эмоции подавить невозможно. Эмоциональный разряд разрешается по вегетативным путям, и у больного возникают вегетативно-соматические расстройства (П.К.Анохин). У больных появляются явления вегетативной дистонии в виде колебания АД, сердцебиения и головокружения, дисфункции желудочно-кишечного тракта. С жалобами на эти нарушения больные обычно обращаются к терапевтам, получают симптоматическое лечение. После этого этапа начинает нарастать пониженное настроение, которое сами больные редко связывают с психотравмирующей ситуацией. На «отсутствие осознания причин болезни» обращали внимание все специалисты, изучающие невротическую депрессию. Это связано с механизмами «психологической защиты». Тоска обычно не характерна, больные жалуются на грусть, утрату радости от житейских удач, снижение активности.

Подавленное настроение сопровождается плаксивостью. У больных нет пессимизма, тоскливой оценки будущего, что характерно для больных эндогенными депрессиями. У них отсутствуют как ретроспективный анализ прошлого с идеями самообвинения, так и мысли о безысходности и бесперспективности будущего, влекущие за собой мысли о самоубийстве. Наоборот, больные скорее оптимистичны в отношении будущего. Типичным для невротической депрессии является симптом, условно обозначенный Н.Д.Лакозиной как «надежда на светлое будущее». Даже при явно неразрешимой ситуации больные как бы не замечают и не учитывают ее при построении планов на будущее.

Значительное число больных отмечают снижение активности, но это касается установления контактов, выбора развлечений. Снижение активности и инициативы долго носит парциальный характер, имеет место «бегство в работу», особенно если психотравмирующая ситуация касается семейно-сексуальных отношений. Только на работе такие больные чувствуют себя здоровыми. Течение депрессии волнообразное, зависит от степени разрешимости психотравмирующей ситуации. В случаях невозможности разрешить такую ситуацию возможен переход невротической депрессии в невротическое развитие личности.

В позднем возрасте невротическая депрессия (депрессивный невроз) возникает в связи со стойкими, трудноразрешимыми травмирующими ситуациями, выходящими за рамки проблем личности стареющего человека. Депрессивный невроз в позднем возрасте обычно развивается медленно. Клиническая картина бывает аморфной, стертой, характеризуется синдромальной незавершенностью и более выраженной тревожностью и слезливостью. Сам субдепрессивный аффект часто сопровождается ворчливостью или апатией, ипохондрическими и астеническими жалобами.

В этом возрасте достаточно часто возникают суицидальные мысли и высказывания, но при этом отсутствует тенденция к их реализации. У лиц позднего возраста депрессивному неврозу сопутствуют близкие к сверхценным идеи ущемленности, невезения, непоправимости случившегося. Сравнительно редко наблюдается тенденция обвинять окружающих в своих неудачах. В инволюционном и старческом возрасте наблюдается возрастной исход депрессивного невроза — постепенное поглощение его симптоматики нарастающими изменениями психики сосудиisto-возрастного генеза.

Невротическое развитие личности

При длительном и неблагоприятном течении неврозов происходят изменения в клинической картине. При затяжном неврозе расширяется невротическая симптоматика. Под воздействием патогенных факторов (объективно или субъективно неразрешимая психогенная ситуация) один из невротических синдромов начинает «двигаться», усложняться. Этот развивающийся синдром в дальнейшем будет определять структуру патохарактерологических расстройств невротического развития

личности. О.В.Кербиков считал, что невротическое развитие — это промежуточная между неврозами и психопатиями клиническая форма расстройств, в структуре которых находят отражение как признаки невроза (парциальность расстройств, критическое к ним отношение), так и психопатии. Клинически это обычно проявляется возникновением патохарактерологических реакций на фоне затяжного невротического состояния.

Авторы, занимавшиеся проблемой невротического развития личности (Н.Д.Лакосина, В.В.Королев и др.) выделяют: *истерическое невротическое развитие личности*, для которого характерно появление в поведении больных не свойственных им ранее демонстративности, театральности, склонности к бурным аффективным реакциям, эмоциональной логики; *обсессивное невротическое развитие*, характеризующееся, с одной стороны, тревожностью, неуверенностью в себе, с другой — склонностью ограничивать себя от всех нагрузок из-за опасения вновь заболеть; *эксплозивное невротическое развитие*, в клинике которого преобладают склонность больных к взрывчатости, нарастание черт ригидности, застревания на отрицательных эмоциях. У больных невротическими расстройствами с наличием в клинической картине вегетативно-соматических проявлений, в том числе по типу кризов, неблагоприятная динамика с переходом в *невротическое ипохондрическое развитие* личности наблюдается в случае присоединения ипохондрических расстройств в виде сверхценной — или истероипохондрии (О.Ф.Панкова).

23.2.2. Этиология и патогенез невротических расстройств

Основной причиной возникновения неврозов является психическая травма, но, в отличие от невротических реакций и реактивных психозов, такая прямая связь наблюдается сравнительно редко. Возникновение невроза обусловлено часто не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а более или менее длительной внутриличностной переработкой сложившейся ситуации и неспособностью адаптироваться к новым условиям. Внешние провоцирующие факторы и обстоятельства представляют собой лишь последнюю каплю, пусковой механизм развития невротических нарушений. Невротические реакции, которые могут возникать у человека вслед за тяжелыми потрясениями, конфликтами, соматическими заболеваниями или жизненными неурядицами, очень разнообразны. Проявления их преломляются личностью человека, особенностями его характера. Клиницистами, начиная с представителей психоаналитического направления, отмечается *связь между личностью и механизмами возникновения неврозов*.

Психическая травма при неврозах всегда субъективно значима. Для каждой конкретной личности психотравмирующее значение имеют разные стороны и последствия, казалось бы, одной и той же психогенной ситуации, приводящие к фрустрации (от лат. *frustratio* — обман, ложное ожидание, крушение). *Фрустрацией* называют специфическое

эмоциональное состояние, возникающее в тех случаях, когда на пути к достижению цели возникают препятствие и сопротивление, которые или реально непреодолимы, или воспринимаются как таковые. Примером таких ситуаций может служить невозможность расторжения брака из-за детей или других причин, вынужденное продолжение трудовой деятельности, не соответствующей собственным интересам и потребностям, отсутствие возможности смены неблагоприятного окружения в коллективе и т.п.

Существует понятие *«предрасположенность к неврозу»*. Среди факторов, характеризующих данную предрасположенность, выделяют наследственность, особенности формирования личности, уровень ее зрелости, астенизирующие влияния, непосредственно предшествующие неврозу. Несомненно, могут наследоваться некоторые личностные особенности, такие как замкнутость, робость, тревожность, взрывчатость, педантичность и другие, хотя эти черты могут формироваться в процессе индивидуально-личностного развития под влиянием условий воспитания. Соотношение психической травматизации и личностных особенностей при возникновении невроза можно представить следующим образом: чем больше предрасположенность, тем меньшая психическая травма достаточна для развития невроза.

Неврозы возникают обычно при сочетании психической травмы с чрезмерно напряженной работой и физиологическими лишениями (хроническое недосыпание, отсутствие отдыха и т.п.). Возникновению неврозов способствуют ослабляющие организм инфекции и интоксикации (алкоголь, курение), эндокринные расстройства, недостаточное питание и др.

В последние десятилетия вопросы происхождения неврозов стали подвергаться активному пересмотру. Отношение к неврозу как к легкой психической дисфункции в значительной степени изменяется. Принцип функциональности (легкой обратимости) не подтверждается современной клинической практикой. По опубликованным в печати данным, выздоровление при неврозах наступает менее чем у 40–50% заболевших. Установлено, что в первые 3 года при неврозах выздоравливают лишь 10% больных. Часто невротические расстройства длятся годами и даже десятилетиями. Одни причины (конфликты, стрессы) со временем уходят, становятся неактуальными, однако затем могут появляться другие психотравмирующие ситуации и невротическое состояние вновь возобновляется. Важное значение в механизмах возникновения и последующей динамике отводится бессознательному в психике больных, реализуемому посредством «психологической защиты», другим характерологическим и личностным особенностям, в частности ригидности установок и догматическому мышлению, неумению прогнозировать конфликт и готовиться к нему, неверные стереотипы поведения, неудовлетворение потребности в самоактуализации и др. В качестве предрасположения к возникновению невротических расстройств рассматривается церебральная дисфункция.

Теории этиологии и патогенеза неврозов зависят от интерпретации полученных данных конкретной клинической школой. Наибольшее признание получили физиологические, бихевиористские, этологические и эволюционные, психоаналитические, информационные и психологические трактовки.

Физиологические объяснения механизмов неврозов связаны с работами школы И.П.Павлова. На основе экспериментальных неврозов у животных было показано, что невроз является результатом столкновения противоречивых стимулов, которые создают ситуацию неопределенности рефлекторного ответа. У человека возникновение невротического состояния есть результат конфликта между побуждениями. Соматоформные расстройства объясняются активизацией нервно-висцеральных связей, которые включают соматизацию невроза. Нейрофизиологические исследования показали, что при некоторых неврозах обнаруживается церебрально-органическая основа, которая служит почвой для возникновения таких расстройств, как, например, пароксизмы тревоги, страха в виде панических атак или эмоционально-вегетативных кризов. Современные электрофизиологические методы исследования обнаруживают у больных невротическими расстройствами активацию на уровне коры и лимбико-ретикулярных структур головного мозга. Выявлены также нарушения нейрогуморальной регуляции на уровне нейромедиаторного обмена.

Психоаналитические и психологические школы склонны объяснять невроз фиксацией на конкретном механизме психологической защиты, который срабатывает в зависимости от опыта раннего детства, сформировавшегося на стадиях психосексуальности. При неврозе происходит переключение «энергии либидо» на внутренний орган или регрессия на ранние стадии психосексуального развития. Согласно традиционной точке зрения, идущей от работ З.Фрейда, неврозы (или психоневрозы) порождаются неосознаваемыми внутренними конфликтами. Это могут быть конфликты между двумя противоборствующими желаниями или между желаниями и общественными нормами поведения. Люди, не способные разрешить эти конфликты внутри себя, подавляют их, вытесняя из сферы сознания. В результате конфликты как бы «забываются». Но «забытое», состоящее из вытесненных психических процессов, болезненных и неприятных воспоминаний, сохраняет свой динамический потенциал. Вытесненный в глубинные, неосознаваемые слои психики конфликт не затухает, он активно влияет «изнутри» на мышление, чувства и поведение человека. Символика невроза есть символика скрытых бессознательных желаний. С точки зрения психоанализа все люди являются невротиками, поскольку все они находились или находятся в ситуации преодоления препятствий (фрустрация), которая приводит к срабатыванию механизмов защиты, часть из которых фиксируется.

Бихевиористские объяснения (от англ. behaviour — поведение) предполагают трактовку невроза как закрепление цепи новых, патологических

рефлекторных ответов в результате неправильного обучения к реагированию, т.е. неправильные чувства и неправильное поведение есть результат научения.

Информационные теории связывают невроз с избытком или недостатком информации, ее искажением. *Экзистенциальные* теории трактуют невроз как утрату плана и смысла существования, которая приводит к состоянию заброшенности и переживанию бегства от свободы выбора. Крайняя точка зрения некоторых психиатров выглядит примерно так: «невроз — это нормальное поведение в ненормальном обществе». Невроз, по их мнению, является особой формой адаптации и к патологии не относится.

23.2.3. Диагностика невротических расстройств

Неврастению как невроз следует дифференцировать с астеническими состояниями в рамках многих органических заболеваний головного мозга (прогрессивный паралич, сифилис мозга, церебральный атеросклероз, энцефалиты и менингоэнцефалиты и др.), а также с астеническими синдромами, возникающими в результате тяжелых соматических и инфекционных заболеваний, авитаминозов, черепно-мозговой травмы и др. Псевдоастенические проявления могут иметь место в структуре эндогенных расстройств шизофренического и аффективного спектра (маскированные депрессии, начальные проявления апато-абулического синдрома и др.).

В случаях органической патологии астенические состояния выступают в рамках той или иной нозологической формы и сочетаются со свойственными этим заболеваниям симптомами и типом течения. Так, при церебральном атеросклерозе обращают на себя внимание слабодушие, расстройства памяти, головокружения, колебания артериального давления и т.д. При других органических заболеваниях тщательное обследование выявляет свойственные им неврологические нарушения, а также органически-обусловленные изменения интеллекта, памяти и личности в целом. Например, в начальной стадии прогрессивного паралича наряду с астеническими жалобами обнаруживаются ряд неврологических знаков и первые признаки слабоумия: снижение критики, утрата прежних морально-этических установок и др. При отграничении неврастении от соматогенных астенических состояний учитывают указания на недавно перенесенные тяжелые соматические и инфекционные заболевания (грипп, пневмония, дизентерия и др.).

Астения при шизофрении по мере развития болезни все меньше зависит от внешних условий и деятельности больного. Раздражительность становится все более неадекватной, вегетативные расстройства сменяются сенестопатиями. Решающее значение для дифференциальной диагностики в этих случаях имеют признаки прогрессивности, свойственные шизофрении, появление негативных изменений, постепенное присоединение расстройств, относящихся к более глубоким уровням поражения.

Особые трудности возникают при отграничении невротической астении от маскированных (скрытых) депрессий, так как в их клинической картине отсутствуют классические симптомы эндогенной депрессии, а на первый план выступают многочисленные нарушения, имитирующие соматическое заболевание с явлениями астении. При дифференциальной диагностике нужно помнить, что стойкость клинических проявлений, не поддающихся психотерапевтическому воздействию, даже нерезко выраженные суточные колебания настроения, сенестопатические жалобы без соответствующего органического фона и, наконец, эффективность лечения антидепрессантами свидетельствуют в пользу маскированной депрессии.

Истерические невротические расстройства могут вызывать серьезные затруднения при наличии соматоформных нарушений. В клинической картине обращают на себя внимание демонстративность поведения больных, связь расстройств с психотравмирующими обстоятельствами. Однако необходимо иметь в виду, что черты демонстративности, нарочитости в предъявлении жалоб, капризность могут иметь место у больных различными соматическими или неврологическими заболеваниями, в преморбиде которых уже присутствовали истероидные черты. Поэтому важно помнить, что больные с функциональными истероневротическими расстройствами для исключения органической патологии нуждаются в тщательном соматическом и неврологическом обследовании.

В случаях преобладания в клинической картине навязчивостей, дифференциальную диагностику необходимо проводить с шизофренией. Для неврозоподобной шизофрении характерно абстрактное, причудливое, а подчас и вычурное содержание фобий (страх безумия, проникновения в организм инородных предметов, боязнь быть погребенным заживо, превращения в животное) в отличие от конкретных, психологически понятных страхов у больных с невротическими состояниями. При неврозах страхи обычно монотематичны, привязаны к реальной ситуации, поведение больных носит характер чрезмерной, но психологически понятной защиты. В противоположность навязчивостям, выступающим в рамках невротических обсессивно-компульсивных расстройств, при шизофрении навязчивости чаще полиморфны или неопределенны («страх всего»), а поведение больных, направленное на преодоление страха чаще всего носит характер ритуалов (прежде всего моторных), которые по мере развития болезни усложняются или быстро стереотипизируются. В то время как невротик ищет помощи, стремясь любой ценой, в том числе путем длительного приема лекарств, преодолеть проявления болезни, в случаях неврозоподобной шизофрении преобладает не тенденция борьбы с навязчивостями, а рассудочное, спокойное отношение к ним, приспособление к обсессиям. Помимо этого, в поведении больных шизофренией отмечаются нарастание аутистических черт, недостаточная эмоциональная живость, нарушения ассоциативного процесса (резонерство, паралогичность) и, наконец,

склонность к возникновению рудиментарных бредовых феноменов (например, подозрительности, идей отношения и воздействия).

23.2.4. Терапия и психопрофилактика невротических расстройств

Один из постулатов лечения неврозов гласит: ведущая роль должна принадлежать психотерапии, а психофармакотерапии отводится подчиненное, вспомогательное место. По мнению ведущих современных специалистов в области пограничной психиатрии (Сергеев И.И., 2003), в теоретическом и отчасти в практическом плане это положение справедливо, если исходить из понимания неврозов как непсихотических расстройств психогенной или психогенно-личностной природы.

Лечение истинных неврозов может проводиться исключительно психотерапевтическими методами психиатром или психотерапевтом, особенно при небольшой давности, незначительной выраженности невротических расстройств и настроенности больного именно на психотерапию. Психотерапия должна быть направлена на изменение отношения больного к психотравмирующей ситуации, побуждая его занять активную позицию в решении той или иной проблемы.

В большинстве же случаев лечение невротических расстройств должно быть комплексным, включающим и психотерапию, и фармакотерапию. Фактически психотерапия и фармакотерапия во многих случаях занимают равное по значимости место в коррекции невротических расстройств. Такая ситуация связана с рядом обстоятельств: недостаточное количество квалифицированных психотерапевтов, сложность проведения длительной, индивидуальной психотерапии в условиях государственных психиатрической и психотерапевтической служб, чрезмерно высокая стоимость психотерапии в коммерческих психотерапевтических учреждениях для большинства больных. В комплекс лечебных мероприятий обычно включают и общеукрепляющие методы (применение витаминов, ноотропных средств, режим питания, прогулки, физические упражнения, массаж, водные процедуры и др.).

Лечение неврастении в любом случае начинается с упорядочения режима труда, отдыха и сна. Больному следует рекомендовать пересмотреть имеющиеся нагрузки, при необходимости сменить работу, чтобы устранить причины эмоционального перенапряжения. Как медикаментозное лечение, так и психотерапия должны быть строго индивидуализированными и основываться не только на клинической форме невроза, но и на стадии заболевания и личностных особенностях больного. Возможности психофармакотерапии при неврастении ограничивает истощаемость больных. С одной стороны, многие препараты, особенно с седативным действием, могут усиливать астению или вызывать побочные эффекты, сходные с ее проявлениями (вялость, замедление психических и моторных реакций и т.д.). С другой стороны, спорной представляется целесообразность искусственной мобилизации оста-

точных психофизических ресурсов личности с помощью психостимуляторов, так как возможно формирование зависимости и последующее усиление астенических проявлений как следствие употребления психостимуляторов.

Для снятия явлений тревожности, повышенной раздражительности могут быть использованы в течение короткого периода (не более 2–3 нед.) дневные транквилизаторы в связи с их минимальным психорелаксирующим, некоторым активирующим действием и более выраженными вегетостабилизирующими свойствами (мексидол, грандаксин, алпразолам, атаракс). Нормализации сна могут способствовать диазепам (седуксен), феназепам, которые также должны назначаться в течение ограниченного времени, чтобы избежать возможного привыкания. Дополнительно используются ноотропы (ноотропил, пикамилон, фенибут, пантогам), стимуляторы растительного происхождения (леuzea, лимонник и др.), витамины, средства, улучшающие микроциркуляцию, антиоксиданты.

Психотерапия должна занимать центральное место в *лечении больных истероконверсионными расстройствами*. Врачам необходимо помнить, что прямое сообщение больному с истерическими функциональными расстройствами о том, что имеющиеся у него симптомы не служат отражением какого-либо органического процесса в организме, а являются воображаемыми, может вызвать усиление симптоматики и ухудшение общего состояния. Основой психотерапевтического подхода является установление доверительных отношений с больным, обеспечение эмоциональной поддержки. Врачу следует обязательно продемонстрировать серьезное отношение к имеющимся у больного симптомам, чтобы затем постепенно переместить акцент на рассмотрение проблем в социальном окружении больного. Важно добиться осознания больным вытесненных событий и отношений, имеющих для него психотравмирующее значение. Для этой цели используются методы гипноза, психоаналитической и поведенческой психотерапии. Непременным является изучение социальной ситуации больного (семейной, служебной и др.) для того, чтобы не допустить вторичных выгод от заболевания. Некоторые психиатры, особенно зарубежные сторонники психоаналитических методов терапии, утверждают, что психофармакологическое лечение истерических расстройств вообще не приносит результатов, поэтому следует ограничиться одной психотерапией. Такая позиция излишне категорична, особенно при преходящих, стертых конверсионных симптомах и преобладании в клинической картине аффективных и поведенческих нарушений.

Тревожно-депрессивные переживания являются показанием для назначения антидепрессантов седативного спектра действия (доксепин, миансерин). При повышенной раздражительности, капризности, склонности к дисфорическим реакциям предпочтительными препаратами являются нейролептики фенотиазинового ряда и корректоры поведения (неулептил в каплях, сонапакс).

Основанием для применения значительных и даже высоких доз препаратов и долгосрочной фармакотерапии являются выраженные **затяжные, обнаруживающие тенденцию к прогрессированию *фобические и тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства***. В последние годы завоевала популярность монотерапия в лечении фобий (одними антидепрессантами или только психотерапевтическими методами). Наиболее распространенные антидепрессанты в лечении фобий: анафранил, серотонинергические тимоаналептики (прозак, ципрамирл, феварин, паксил, золофт), а также трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин). Однако эффективность монотерапии отмечена только для отдельных видов фобических расстройств. Это специфические фобии, моносимптоматические варианты агорафобии, нозофобий, социофобий и те случаи агорафобии и социофобий, когда степень генерализации патологических страхов и степень избегающего поведения невысоки и фобии не обнаруживают отчетливой тенденции к прогрессированию. При социофобиях и специфических фобиях, возникающих в какой-то одной, относительно редкой и предсказуемой ситуации, бывает достаточно разовых приемов β -блокаторов или алпразолама перед возникновением такой ситуации. При сочетании разных фобий, наличии нескольких пугающих ситуаций с неполным уклонением показана комбинация антидепрессантов и психотерапии.

При генерализованных фобиях с полным уклонением, дезадаптирующих личность, при частых и выраженных панических атаках, хроническом или рецидивирующем течении фобических расстройств, их тенденции к прогрессированию показана наиболее активная комплексная терапия, которую целесообразно начинать с назначения транквилизаторов, в том числе парентерального. Далее в лечение включают антидепрессанты, психотерапию, вегетостабилизирующие средства. Через 2–3 нед. транквилизаторы замещаются нейрорептиками-корректорами поведения или малыми дозами нейрорептиков-антипсихотиков.

Избегающее поведение больных корригируется психотерапевтическими приемами, среди которых приоритет отдается поведенческим методам. Последние включают разного рода техники, позволяющие уменьшать тревогу и страх в ожидании приступа. Практикуются методы десенсибилизации (десенситизации) с помощью так называемых функциональных тренировок, предполагающих реальное или воображаемое погружение больного в фобогенную ситуацию. Например, больные агорафобией совершают поездки вначале в сопровождении врача, затем могут подключаться их родственники. Для снижения мышечного напряжения, гипервентиляции, связанных со страхом, используются методы релаксационной, дыхательной гимнастики, аутогенной тренировки.

При **невротической депрессии** психотерапевтическая помощь больным проводится в форме бесед, помогающих выявить психотравмирующие ситуации и отношение больных к ним. Задачами таких бесед являются перестройка некоторых отношений больного, создание новой

жизненной установки. Показаны методы когнитивно-поведенческой психотерапии, в том числе в форме групповых занятий и семейной психотерапии.

Известно, что антидепрессанты менее эффективны при психогенных депрессиях по сравнению с эндогенными. Тем не менее, тимоаналептики являются основными препаратами в медикаментозном лечении невротических депрессий. В основном используются невысокие и средние дозы антидепрессантов стимулирующего и сбалансированного действия: мелипрамин, анафранил, паксил, пиразидол и др. Их часто сочетают с транквилизаторами, особенно с алпразоломом, или нейroleптиками-корректорами поведения.

Отдаленные результаты лечения общей группы невротозов вариabельны: по данным разных авторов, стойкая полноценная ремиссия наступает у 35–75% больных. Непосредственная эффективность терапии достигает уровня практического выздоровления или значительного улучшения.

Профилактика невротозов включает ряд социальных и психогигиенических мероприятий, в том числе создание благоприятных семейно-бытовых и трудовых условий, рациональной профессиональной ориентации, предупреждение эмоционального перенапряжения, устранение профессиональных вредностей и др. У детей и подростков психопрофилактика основана прежде всего на психогигиенических мероприятиях, направленных на нормализацию внутрисемейных отношений и коррекцию неправильного воспитания. Учитывая важную роль в этиологии невротозов особенностей характера ребенка, целесообразны воспитательные мероприятия по психическому закаливанию детей с тормозимыми и тревожно-мнительными чертами характера, а также с невропатическими состояниями. К таким мероприятиям относятся формирование активности, инициативы, обучение преодолению трудностей, дезактуализация пугающих обстоятельств (темнота, разлука с родителями, встреча с незнакомыми людьми, с животными и т.п.). Важную роль играют индивидуальный подход к воспитанию в коллективе, формирование навыков межличностных отношений. Определенная профилактическая роль принадлежит также мерам по укреплению физического здоровья, прежде всего занятиям физкультурой и спортом. Немалая роль в профилактике астенических нарушений принадлежит психогигиене умственного труда школьников, предупреждению интеллектуальных и информационных перегрузок.

23.2.5. Особенности невротических расстройств у детей и подростков

Неврастения (астенический невроз), по данным В.В.Ковалева (1985), в развернутой форме встречается только у детей школьного возраста и подростков. У детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста наблюдаются более или менее рудиментарные и атипичные психогенные астенические реакции. Основное проявление неврасте-

нии — состояние раздражительной слабости, проявляющееся, с одной стороны, повышенной раздражительностью, несдержанностью, склонностью к реакциям раздражения и гнева, а с другой — повышенной истощаемостью аффекта со слезливостью, психической утомляемостью, непереносимостью любого психического напряжения, быстрым истощением активного внимания. Характерными являются также вегетативные нарушения по типу вегетодистонии (лабильность вазомоторных реакций, склонность к сосудистым обморокам, в частности ортостатическим, головные боли при утомлении, гипергидроз, повышенный рвотный рефлекс, сниженный аппетит, поверхностный сон) и расстройства двигательной сферы (неусидчивость, двигательная расторможенность).

Развитию астенического невроза способствует перегрузка ребенка различными занятиями, в первую очередь интеллектуальными (повышенная учебная нагрузка в специализированных школах языкового, физико-математического или другого профиля, дополнительные занятия в различных кружках и секциях, в музыкальной школе и т.п.). Однако, по данным многих авторов (Г.Е.Сухарева, В.В.Ковалев, А.И.Захаров и др.), сам по себе фактор интеллектуальной (а также физической) перегрузки в детском и подростковом возрасте, хотя и может вызвать более или менее выраженную психическую астенизацию, не приводит к развитию астенического невроза. *Для возникновения собственно неврастения, как и у взрослых, необходимо наличие психотравмирующей ситуации.*

В качестве таких ситуаций могут выступать как длительные неблагоприятные отношения в семье (ссоры между родителями, алкоголизм родителей, их развод) или в школе, так и остро возникшие конфликтные ситуации. Важную роль в происхождении неврастения у детей играет неправильный подход родителей к воспитанию, в особенности чрезмерные требования и излишние ограничения, превышающие возможности ребенка. Наряду с этими факторами большое значение имеют соматическая ослабленность ребенка и наличие резидуальной церебрально-органической недостаточности.

Истерические невротические расстройства у детей представлены чаще всего моторными и соматовегетативными нарушениями: астазией-абазией, истерическим парезом и параличом конечностей, истерической афонией, а также истерической рвотой, задержкой мочеиспускания, обмороком. Нередко встречаются псевдоалгические явления — жалобы на боли в тех или иных частях тела при отсутствии органической патологии соответствующих систем и органов, в том числе жалобы на головные боли. У детей и подростков редко встречаются истерические сенсорные расстройства: гипер- и гипестезия кожи и слизистых оболочек, истерическая слепота (амавроз).

В младшем детском возрасте часто встречаются рудиментарные моторные приступы (припадки) — падения с криком, плачем, «разбрасыванием» конечностей, ударами об пол. Возникают подобные приступы

в связи с обидой, недовольством при отказе выполнить требование ребенка, наказании и т.д. После моторного приступа может развиваться аффект — респираторный приступ, который характеризуется остановкой дыхания на несколько секунд (до 30 с) и сопровождается цианозом. Иногда на фоне задержки дыхания возникают генерализованные судороги. Выход из приступа не сопровождается сонливостью и оглушенностью, что отличает его от эпилептиформных припадков. У подростков проявления истерического невроза мало отличаются от проявлений у взрослых.

В возникновении и клинических проявлениях болезненных расстройств у детей и подростков нередко отмечаются признаки «условной приятности» или «желательности», специфические для истерии. Как проявление механизма психологической защиты в непереносимых для больного условиях возникает именно тот симптом, который в данных условиях ему «выгоден» и «нужен». Больные таким образом получают сочувствие, внимание, выполняется целый ряд их требований, их обязанности берут на себя другие, что вполне устраивает болеющего и решает проблемы. Больной обеспечивает себе выгодные условия жизни, его не трогают, не теребят, от него ничего не требуют и признают в качестве тяжелобольного.

Обсессивно-фобические расстройства у детей и подростков. Тревожно-фобические расстройства типичны для детского и подросткового возраста. Некоторыми авторами в качестве самостоятельной формы выделяется *невроз страхов* (Захаров А.И., 1988). Страхи носят сверхценный характер, обычно связаны с травмирующей ситуацией. У дошкольников это часто страхи темноты, животных, предметов, которые ранее испугали ребенка, часто в страхах фигурируют отрицательные персонажи сказок или фильмов. В возрасте 5—6 лет у детей может появляться страх смерти, который проявляется иногда в виде рецидивирующих приступов — панических расстройств, не связанных с определенной ситуацией. Как правило, дети сами справляются с помощью родителей с подобными переживаниями. Однако если ребенок и прежде был беспокойным, то возрастной страх смерти резко усиливает подобное беспокойство и формируются более стойкие очерченные *невротические страхи (фобии)*, например боязнь лифта, пожара, огня, болезни, машин и т.д. Все эти страхи мотивированы, по существу, одним — боязнью, что может что-то случиться, в результате чего наступит смерть. Источником подобных страхов могут быть реальные события, впечатления от увиденного на экране, рассказы других людей, в том числе родителей.

Серьезной травмой для ребенка может явиться расставание с близкими ему людьми (родителями или лицами, их замещающими), в том числе при устройстве ребенка в детские дошкольные учреждения. В таких случаях может возникать *страх разлуки*. Дети плачут, кричат, стремятся удерживать около себя близких, плохо едят, у них нарушается сон, ночью снятся кошмары. Могут на этом фоне появляться так называемые *системные неврозы* (заикание, дневной энурез, энкопрез и др.).

У младших школьников наблюдается страх перед школой (школьная фобия), особенно если вначале учитель был несправедлив к ребенку, ругал или наказывал его либо ребенок подвергался унижению и агрессии со стороны других школьников. Такие дети по утрам уходят из дома, бродят по улицам, затем, опасаясь наказания, убегают или уезжают из дома. В подростковом возрасте могут встречаться различные виды фобий — от специфических (боязнь животных, насекомых и т.п., посещений зубного врача и др.), агорафобий, различных нозофобий до социальных фобий.

Обсессивно-компульсивные расстройства могут появляться уже в дошкольном возрасте. Психогении в их возникновении не играют какой-либо значимой роли. Среди этиологических факторов выделяют биологические (наследственность, дисфункции ЦНС, нарушения метаболизма биогенных аминов) и психологические (особые отношения в семье). *Навязчивые мысли, представления, действия* переживаются как чуждые, неприятные, и пациенты пытаются сопротивляться им. Могут иногда встречаться *контрастные навязчивости*: хульные мысли, например «мама плохая, дура, пусть она умрет», навязчивые влечения (желание прыгнуть с балкона, ударить кого-то из близких острым предметом). Эти переживания никогда не реализуются и сопровождаются страхом.

Возрастные особенности **депрессивного невроза** заключаются в атипичности клинической картины и зависимости от возрастных периодов. Доминирующими являются эквиваленты депрессии: с одной стороны — психопатоподобные состояния с раздражительностью, озлобленностью, грубостью, агрессивностью, склонностью к различным реакциям протеста; с другой — разнообразные соматовегетативные расстройства. У детей младшего возраста преобладают энурез, энкопрез, нарушение аппетита, диспептические расстройства, нарушения ритма сна и бодрствования. Стойкие головные боли, вазовегетативные расстройства, упорная бессонница более характерны у детей старшего возраста и подростков.

К травмирующим ситуациям, приводящим к депрессивному неврозу, относятся потеря родителей, длительная разлука с ними. В зарубежной литературе придают значение раннему сиротству. В младшем и среднем школьном возрасте травмирующей ситуацией являются школьная неуспеваемость, особенно если интеллектуальные возможности ребенка невысокие, а родители предъявляют к нему чрезмерные требования, или переживание ребенком собственного физического дефекта.

С., 6 лет. До 5 лет рос и развивался правильно. Год назад у матери ребенка была выявлена тяжелая кардиальная патология, в связи с которой она большую часть времени находится в больницах. Ребенок вынужден проживать и воспитываться бабушкой, к которой не был раньше привязан и с которой никогда не ладил. Постепенно стал более плаксивым, скучным, вялым, стал реже смеяться. Медленно прибавлял в весе. Подолгу молча лежал, отвернувшись к стене. Постоянно спрашивал: «Где

мама?» Бабушке говорил: «Ты плохая. Я тебя не люблю». Не радовался, как прежде, новым игрушкам. Не хотел учиться читать. Иногда заявлял: «Я устал, хочу посидеть», чего прежде не было. Вечером иногда долго не засыпал. Начал чаще болеть респираторными инфекциями. При обследовании соматоневрологической патологии не выявлено.

У ребенка в результате разлуки с матерью возникло близкое к невротическому субдепрессивное состояние с соматовегетативным компонентом.

Типичные проявления депрессивного невроза наблюдаются в пубертатном и препубертатном возрасте. На первый план выступает подавленное настроение, сопровождающееся грустным выражением лица, бедной мимикой, тихой речью, замедленными движениями, плаксивостью, общим снижением активности, стремлением к одиночеству. В высказываниях преобладают психотравмирующие переживания, а также мысли о собственной малоценности, низком уровне способностей. Течение депрессивного невроза у детей кратковременное, но известны случаи затяжного течения с переходом в невротическое развитие личности.

Помимо общих неврозов у детей и подростков выделяют группу так называемых **системных неврозов**, встречающихся несколько чаще общих (Ковалев В.В., 1979). К системным неврозам относят невротические тики, заикание, энурез, энкопрез, расстройства сна и аппетита, а также патологически привычные действия (сосание пальцев, кусание ногтей, яктация, мастурбация, трихотилломания). Подробно системные неврозы описаны в главе 28.

Глава 24.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ (ПСИХОПАТИИ)

24.1. Расстройства личности и поведения у взрослых

Расстройства личности (психопатии) относятся наряду с невротическими расстройствами к пограничным формам психической патологии. Стойкие аномалии личности, обусловленные совокупностью генетических и приобретенных свойств, проявляющиеся главным образом в эмоционально-волевой сфере и поведении и приводящие к нарушению социальной адаптации, в течение многих лет в отечественной и зарубежной психиатрии обозначали как *психопатии*.

Краткая история учения о психопатиях и критерии их оценки

Оценка и описания патологии личностей содержатся еще в источниках, принадлежащих древним культурам, начиная с Гиппократов. В трудах Ф.Пинеля (1809) неправильное поведение без признаков психоза определяется как «мания без бреда». Английский психиатр Д.К.Причард (1835) описывал некоторые патохарактерологические изменения под названием «нравственное помешательство». Исследования аномалий личности расширились во второй половине XIX в. благодаря работам Б.Мореля (1875), сформулировавшего учение о дегенерации (вырождении), в свете которой пытались объяснить природу патологии личности, а также В.Гризингера, Р.Крафт-Эбинга (1890), способствовавших выделению психопатических состояний из полиморфной группы дегенеративных психозов. Эти выдающиеся деятели описали ряд пациентов со «странными характерами», с необычными типами мышления при отсутствии нарушений интеллекта, отличающихся общей дисгармонией психики, нередко сочетающейся с парциальной одаренностью, патологией влечений, склонностью к импульсивным поступкам. Термин «психопатии» ввел И.Кох (1900). В своей классификации пограничных состояний он выделил наряду с другими психическими аномалиями варианты конституциональных психопатий, не претерпевающих на протяжении жизни существенных изменений. Дальнейшее развитие

учения о психопатиях в первой половине XX в. в западной психиатрии прежде всего связано с именами Э.Крепелина, К.Шнайдера, Э.Кречмера. К.Шнайдеру принадлежит известное определение психопатических личностей как ненормальных личностей, от ненормальности которых страдают они сами или окружающие.

В отечественной психиатрии термин «психопатический» в качестве оценки психического состояния впервые употребил В.Х.Кандинский при рассмотрении судебного дела об убийстве, которое было совершено человеком без выраженных психических изменений. Основой психопатий В.Х.Кандинский считал неправильную организацию нервной системы, приводящую к непостоянству, изменчивости, дисгармонии всей душевной жизни. Возникновение психопатий он связывал с наследственной отягощенностью или с влиянием внешних вредностей на ЦНС в ранний постнатальный период. Монография, посвященная психопатиям, была опубликована В.М.Бехтеревым в 1886 г. В ней психопатии определялись как патологические состояния психики с лабильностью эмоций, импульсивностью и недостаточностью нравственного чувства. В основе психопатий, по мнению автора, лежат изменения в структуре головного мозга, причиной которых могут быть как пороки развития, так и перенесенные заболевания. С.С.Корсаков (1901) выделял состояния психической неуравновешенности, сопровождающиеся гипертрофией одних свойств душевной сферы в ущерб другим. Дисгармония психических функций в этих случаях не выходит, однако, за пределы пограничных расстройств и не приобретает формы сумасшествия. Таким образом, в отечественной психиатрии к началу XX в. было сформулировано в общем виде понятие психопатии как врожденной или приобретенной на ранних этапах развития личностной аномалии. Наиболее весомый вклад в учение о психопатиях принадлежит исследованиям П.Б.Ганнушкина и представителей его школы.

П.Б.Ганнушкин говорил, что психопатии «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям», «мешают... приспособляться к окружающей среде». Таким образом, П.Б.Ганнушкин впервые описал *диагностические критерии психопатий*, которые в дальнейшем были сформулированы О.В.Кербиковым как:

- тотальность патологических черт характера (психопат всегда и везде психопат);
- относительная стабильность;
- социальная дезадаптация.

Таким образом, психопатии по динамике нарушений существенно отличаются от психических заболеваний, например шизофрении или болезней зависимости, при которых также встречаются личностные расстройства. *Психопатии представляют собой стойкие, относительно стабильные и непрогредиентные состояния, при которых не бывает ни выздоровления, ни исхода в виде личностного дефекта или слабоумия.*

С начала 1970-х годов определение «психопатии» в зарубежной психиатрической литературе постепенно заменяется понятием «расстройства личности». Этот термин, по мнению большинства исследователей, точнее отражает сущность имеющихся у пациентов нарушений и лишен социально отрицательного звучания и стигматизирующего влияния диагноза. Расстройства личности, соответствующие прежнему понятию психопатий, в адаптированном отечественном варианте МКБ-10 отнесены к так называемым *«Специфическим расстройствам личности в зрелом возрасте»*.

Основные клинические проявления и систематика расстройств личности

В современной психиатрии дается следующее определение специфического расстройства личности. Специфическое расстройство личности — это стойкое тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией.

Психопатиями (расстройствами личности), по различным данным, страдают 5–10% взрослого населения. Диагноз личностного расстройства обычно не ставится до 16–17-летнего возраста, ввиду незавершенности формирования личности у подростков и возможности «депсихопатизации» по завершению пубертатного созревания. В отличие от невротических нарушений психопатические расстройства личности субъективно не воспринимаются как чуждые, требующие психиатрической помощи. С психологических позиций это свойство объясняется чрезмерным использованием примитивных механизмов «психологической защиты». Стойкость и глубина нарушений личности, неприятие всякой помощи, столь характерное для психопатических личностей, — все это делает психопатии одной из самых трудных медицинских проблем. Расстройства личности констатируются в тех случаях, когда патологические изменения выражены столь значительно, что препятствуют полноценной адаптации в обществе. *Грубая социальная дезадаптация* выражается в первую очередь в алкоголизме, наркомании, агрессивном поведении, суицидах, криминальных действиях. Многие исследователи, изучая группы бездомных, лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, правонарушителей (взрослых и несовершеннолетних), выявляли среди обследованных до 90% лиц, которым можно было поставить диагноз одного из расстройств личности. Таким образом, *социальные критерии имеют ведущее значение в диагностике расстройств личности*.

По некоторым данным, до 40% населения имеют определенные характерологические отклонения, хорошо компенсированные и приводящие к патологическим нарушениям поведения лишь в определенных ситуациях. Это так называемые *акцентуации личности или характера*, рассматриваемые в границах индивидуальной нормы. При акцентуациях характера может не быть одного из признаков психопатий: относи-

тельной стабильности характера на протяжении жизни, тотальности его проявлений во всех ситуациях, социальной дезадаптации как следствия тяжести аномалии характера. Во всяком случае, никогда не бывает соответствия всем этим трем признакам психопатии сразу. При психопатиях декомпенсации, острые аффективные и психопатические реакции, социальная дезадаптация могут возникать от любых психических травм, в самых разнообразных трудных ситуациях и даже без видимой причины. При каждом типе акцентуации обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Выделение при постановке диагноза расстройства личности в качестве ведущего критерия фактора социальной дезадаптации характерно для так называемого социопатического подхода, особенно распространенного в американской психиатрии. Согласно ему, расстройства личности рассматриваются исключительно в качестве наиболее удачной формулировки диагноза для лиц, ведущих криминальный и асоциальный образ жизни, отвергающих моральные нормы, принятые в обществе, неуживчивых, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, тунеядцев. Подобная оценка исключает анализ клинической картины, факторов, способствующих декомпенсации. С клинических позиций наиболее выраженные нарушения, определяющие поведение больных с расстройствами личности, *наблюдаются в эмоционально-волевой сфере и сфере влечений*. Это проявляется чрезмерной возбудимостью (эксплозивностью), тревожностью, эмоциональной лабильностью в сочетании с волевой неустойчивостью, ригидностью или безволием. Нарушения влечений (см. главу 10) проявляются в неадекватном (нецелесообразном) поведении больных: склонности к агрессии, в том числе аутоагрессии, разрушительным действиям, воровству, уходам из дома, подверженности алкоголизму и наркоманиям, другим видам зависимости (гемблинг, компьютеромания, шопингомания). Также для психопатических личностей характерны отклонения в сексуальной сфере (см. главу 25), начиная с гиперсексуальности и заканчивая различными видами сексуальных девиаций и перверсий, в связи с чем некоторыми авторами выделялись в качестве самостоятельной формы половые психопатии.

Говоря о личностных и поведенческих расстройствах у психопатов, тем самым признают наличие у них психической патологии. Вместе с тем *психопатию нельзя признать болезнью в ее традиционном понимании, так как отсутствует процессуальность — начало, течение и исход заболевания*. Психопатии (специфические расстройства личности в МКБ-10) в отечественной психиатрии относят к так называемым *патологическим состояниям* (концепция posos и patos А.В.Снежневского). При этом личностные и поведенческие расстройства, будучи стабильными, не являются застывшими и могут иметь определенную динамику, называемую компенсацией и декомпенсацией психопатий.

Динамика психопатий связана как с внутренними факторами, так и с внешними. **Компенсация** — временное смягчение психопатических

особенностей за счет изменения «микросреды» (семейной, трудовой) на такую, где эти особенности не мешают наилучшим образом приспособиться (например, уединенный образ жизни с возможностью целиком отдаться излюбленному увлечению или интересам при шизоидном расстройстве личности). Может происходить так называемая *депсихопатизация* (по Ю.В.Попову) — стойкое сглаживание психопатических черт характера с многолетней компенсацией. Обыденные жизненные трудности и повседневные стрессы переносятся удовлетворительно. Тип характера остается прежним, но не препятствует социальной адаптации. Наступает приблизительно в 15% случаев в благоприятных условиях, особенно при наличии гармоничной семьи. Реже компенсация осуществляется за счет активной выработки механизмов психологической защиты, образа жизни, манеры поведения, порой контрастных психопатическим чертам и затушевывающих эти черты. Однако в трудных ситуациях эти механизмы оказываются недостаточными и истинные психопатические особенности вновь выступают.

Декомпенсация, при которой, собственно, и прослеживаются наиболее ярко критерии психопатий Ганнушкина—Кербикова, проявляется заострением психопатических черт с нарушениями поведения и социальной дезадаптацией. Наступает чаще под действием неблагоприятных факторов среды, обычно вполне переносимых здоровыми личностями. Декомпенсации могут возникать и без видимых внешних причин, например после дисфории при эпилептоидной психопатии. Психопаты часто сами создают стрессовую ситуацию, патологически на нее реагируют и выходят из этой ситуации еще более психопатизированными личностями («психопатические циклы», по О.В.Кербинову). У женщин тяжелая декомпенсация психопатий, особенно истерической, часто возникает в период климакса. Характерно заострение психопатических черт в инволюционном возрасте (В.Я.Семке).

Проявляться декомпенсация может в виде различных *невротических реакций и невротических состояний, реактивных психозов (депрессий, параноидов)*. В большинстве случаев клиническая форма психогенных расстройств соответствует клиническому типу психопатии. Так, у психопатов-психастеников и тревожно-мнительных психопатов чаще развиваются обсессивно-фобические невротические расстройства, у истерических психопатов — истерические (конверсионные) расстройства, у возбудимых и астенических — неврастения и т.д. Виды *патологических развитий личности* и механизмы их описаны в главе 13.

В наименьшей степени динамика психопатий связана с эндогенными психическими заболеваниями (шизофренией, МДП, генуинной эпилепсией), так как начало последних не зависит, по существу, от личностного преморбида, а изменения личности, наступающие вследствие болезненного процесса, чаще всего носят гетерономный характер — происходит коренная ломка (изменение) личностных черт.

Разработка клинической классификации расстройств личности всегда отличалась серьезными трудностями, которые обусловлены прежде



Рис. 2. Схема взаимоотношения между отдельными типами расстройств личности (по Б.В.Шостаковичу).

всего многообразием вариантов аномальных личностей и существованием многочисленных переходных типов, изучение и систематизация которых очень сложны. По данным В.Бройтигама, 66,2% психопатических личностей нельзя отнести ни к одному «чистому» типу. В пределах каждого варианта наблюдаются переходные, или амальгамные, формы. Взаимоотношения между отдельными типами психопатий представлены в виде схемы, предложенной Б.В.Шостаковичем (рис. 2).

Основные типы расстройств личности

**Параноидное расстройство личности F60.0
(паранойяльная психопатия)**

В происхождении данного типа расстройства личности ведущая роль принадлежит наследственным (врожденным) механизмам. Встречается чаще у мужчин. Первые признаки паранойяльности отмечаются уже в пубертатном возрасте, но наибольшего развития она достигает в зрелом (среднем) возрасте. Для таких личностей характерны ригидность, упорство в отстаивании своих целей, бескомпромиссность, обостренная чувствительность к ущемлению своих прав и интересов. К «слабым» сторонам личности, затрудняющим социальную адаптацию, относятся постоянная уверенность в своей правоте, отсутствие гибкости, завы-

шенная самооценка и стремление подмечать недостатки и человеческие слабости других людей, приписывать им несуществующие пороки. Это связано с развитым механизмом психологической защиты по типу «переноса» — склонности приписывать другим людям собственные дурные качества. «Сильными» сторонами, позволяющими достигать значительных успехов в жизни и карьере, являются упорство, уверенность в себе, стремление к независимости и отстаиванию своих интересов, жизненная стойкость, преданность своему делу.

Главной чертой личностей этого типа, по мнению П.Б.Ганнушкина, является склонность к образованию сверхценных идей. Именно к этой категории людей относятся патологические ревнивцы, кверулянты-жалобщики, фанатичные борцы за осуществление своих идей. Им свойственны повышенная подозрительность, недоверчивость к окружающим, включая близких, стремление постоянно видеть в поступках других людей угрозу своему благополучию, искать скрытый смысл в повседневных событиях. Нередко у них появляются транзиторные идеи отношения, при этом сохраняется убежденность в собственной объективности и рациональности поведения.

Декомпенсация связана с затруднениями в межличностных отношениях. Возникающие на этой почве конфликты могут привести к паранойяльному бредообразованию в структуре реактивного параноида или реактивной депрессии, включающей идеи отношения. Врачу общей практики необходимо знать, что у личностей подобного типа могут возникать патологические реакции на болезнь, в частности по типу сверхценной, а иногда и бредовой ипохондрии. У них имеются собственные концепции болезни, представления о методах лечения, иногда не безопасных для здоровья, ими разрабатываются подчас причудливые «оздоровительные» мероприятия. Назначенную врачом терапию больные принимают с излишней подозрительностью и эффекта от нее обычно не обнаруживают. Учитывая ригидность таких больных, малую доступность переубеждению, врачу любой специальности в общении с ними следует сохранять дистанцию, не демонстрировать своего превосходства в знаниях, а спокойно выслушав, привести профессиональные аргументы. Следует избегать в общении с такими пациентами иронии, шуток, сарказма, так как это может вызвать отказ больного от дальнейшего общения или ответную агрессию. В работе с паранойяльными пациентами или родственниками пациентов допустимы лишь независимые партнерские отношения с четкой регламентацией прав и обязанностей сторон.

Шизоидное расстройство личности F60.1 (шизоидная психопатия)

Как и паранойдное расстройство, шизоидная психопатия чаще встречается у мужчин (соотношение 2:1), имеет преимущественно конституциональное (врожденное) происхождение, проявляется уже в детском и подростковом возрасте, сохраняясь на протяжении всей последующей жизни.

Наиболее характерными чертами шизоидных личностей являются замкнутость, отгороженность от внешнего мира, стремление к уединенности. Уже в детстве такие больные предпочитают играть в одиночестве в тихие игры, не делятся своими переживаниями с родителями, не могут найти общих интересов с другими детьми. Эти люди живут в своем собственном мире, вход в который закрыт для посторонних. Информацию предпочитают получать из печатных источников, увлекаются учениями и теориями, нехарактерными для большинства людей, например философскими, мистическими, экзотическими религиозными, астрологическими. Также для них типичны коллекционирование подчас необычных предметов, занятие нетрадиционными видами целительства.

К «слабым» сторонам личности шизоидов, затрудняющим социальную адаптацию, относятся неспособность устанавливать межличностные контакты, проявлять свои чувства и сопереживать другим. Внешне они производят впечатление странных, чуждающихся, «не от мира сего». Непрактичны, плохо приспосабливаются к бытовым условиям. Как «сильные» стороны шизоидов могут расцениваться нонконформизм, оригинальность суждений и мышления в целом, что дает им возможность генерировать новые творческие идеи, создавать научные теории, а иногда — совершать открытия.

П.Б.Ганнушкин выделил два типа шизоидной психопатии. *Сенситивные шизоиды* (близки к астеническим личностям) отличаются повышенной чувствительностью, ранимостью, подчас парадоксальной, например, обижаются и уходят от контакта при попытке других людей оказать им бескорыстную помощь. Не понимают юмора, а их собственные шутки инфантильны и не всегда созвучны ситуации. Они не терпят никакого вмешательства в личную жизнь, отсутствие половой жизни у них замещается фантазиями, а иногда — сексуальными перверсиями. Отсутствие интереса к общественной жизни, потребности в эмоциональных связях может сочетаться с сильной привязанностью к животным. Также им свойственно увлечение литературой (часто пишут стихи или фантастические произведения), живописью, путешествиями. *Экспансивные шизоиды*, в отличие от сенситивных, не стремятся избегать контактов, которых у них может быть достаточно, но они чрезмерно формальные, связанные с личными интересами. Они решительны и бескомпромиссны в достижении своих целей, что сближает их с параноидными личностями, от мнения окружающих защищены бесстрастностью и равнодушием. Окружающие, в том числе близкие люди, страдают от их черствости и бездушия.

Общение врача общего профиля с такими пациентами затруднено из-за низкой готовности последних к сотрудничеству. Во время беседы с пациентом вопросы врача должны быть предельно открытыми, информация — конкретной. Не следует стремиться к эмоциональному контакту и в частности к главному контакту, который больным недоступен и неприятен. Не надо требовать от них изменить свой стиль поведения, пытаться переделать, а следует принимать их такими, какие

они есть. Важно попытаться найти точки соприкосновения и общие интересы врача и пациента и в дальнейшем использовать их. Для контроля за процессом лечения можно использовать отношения врача с членами семьи пациента.

Диссоциальное расстройство личности F60.2 (неустойчивая психопатия)

Данное расстройство личности ранее (до введения МКБ-10) в отечественной психиатрии не выделялось. Аналогичным ему была лишь выделенная П.Б.Ганнушкиным «антисоциальная психопатия». Близким данному типу личностного расстройства можно считать выделявшийся ранее неустойчивый тип психопатии. Встречается чаще у выходцев из более низких социально-экономических слоев общества, соотношение у мужчин и женщин — 3:1, проявляется в препубертатном и пубертатном периодах, оставаясь в течение последующей жизни. Несмотря на то, что, по некоторым данным, такие патологические личности составляют до 75% заключенных, диссоциальное расстройство не равнозначно преступности. Многие из них, испытывая серьезные затруднения в социальной адаптации, формально никогда не вступали в конфликт с законом.

Основной чертой людей с таким характером является стремление постоянно получать удовольствие, действуя «здесь и сейчас» и при этом максимально избегая напряжения и труда. Уже с детства такие индивидуумы лишены усидчивости и терпения, требуют немедленного удовлетворения их желаний, а в случае отказа прибегают к обману, воровству, прогуливают уроки в школе, убегают из дома. Они способны производить впечатление обаятельных и располагающих к себе личностей, но не способны к установлению глубоких привязанностей, ответственности за свои поступки. Лживость, отсутствие чувства стыда, вины и раскаяния за свое поведение, склонность обвинять окружающих и обстоятельства в своих многочисленных конфликтах, в том числе и с законом, дают основание называть поведение подобных лиц антисоциальным. Для представителей этого типа характерны постоянные поиски риска и острых ощущений, их влекут опасности, финансовые авантюры, азартные игры. Они легко приобщаются к употреблению алкоголя и наркотиков, попадая под влияние компаний. Будучи склонными к агрессии и насилию, сопряженным с уголовной ответственностью, при этом не испытывают раскаяния и сожаления. У таких лиц низкая способность к самоконтролю и самоограничению, связанная с волевой слабостью.

Взаимоотношения врача с пациентами с чертами неустойчивости должны исходить из понимания, что асоциальные особенности их поведения сформированы и устойчивы, поэтому их невозможно изменить с помощью моральных увещаний. Нельзя доверять обещаниям пациента изменить свое поведение, позволять ему манипулировать врачом в своих интересах. Необходимо возложить ответственность за выбор форм поведения на самого пациента, предоставив ему информацию о

его здоровье и последствиях в случае невыполнения врачебных назначений.

Эмоционально-неустойчивое расстройство личности F60.3 (возбудимая психопатия)

В МКБ-10 выделено два подтипа этого расстройства личности: *импульсивный* тип (F60.30) и *пограничный* тип (F60.31). Импульсивный тип соответствует пониманию эксплозивной или эпилептоидной психопатии, выделявшейся в отечественной психиатрии. Название расстройства «пограничный тип» отражает его промежуточное положение между неврозом, аффективным расстройством и шизофренией. Аналогов форм психопатий, подобных пограничному расстройству, в отечественных классификациях не существует, и подобный диагноз в клинической практике фактически не ставится.

Наиболее характерными чертами эмоционально-неустойчивой личности (эксплозивной) являются несдержанность, взрывчатость, склонность к тяжелым аффективным вспышкам. Причинами изменения настроения могут быть как внешние поводы, так и практическое отсутствие таковых. Личности подобного склада сами провоцируют конфликты своим поведением.

М., с детства вспыльчивый, легко возбудимый. В детском саду воспитатели постоянно жаловались на то, что он обижает других детей, замахивается на них игрушками, может ударить. Мать никогда не слушался, чуть что — мог раскричаться, топал ногами, швырял первым попавшимся под руку предметом. С сестрой тоже никогда не жили мирно, все время ссорились и кричали друг на друга, обзывали и придумывали обидные прозвища. С ранних лет все время проводил на улице: гонял футбольный мяч, вместе со своими приятелями бесцельно слонялся по улицам. Часто дрался, по любому пустяку грозил «дать в глаз» любому, даже своему приятелю. В драке любил выходить победителем и унижать побежденного, требуя от него, чтобы он на коленях вымаливал прощение. С 12-летнего возраста вместе с другими ребятами стал «качаться»: сделали самодельную штангу, купили гантели и тренировались в подвале дома. Насмотревшись боевиков, стал учиться наносить удары ногой, стараясь копировать движения боевых приемов. Считал себя «крутым». С 10 лет начал курить, с 12 лет — выпивать в компании своих приятелей. Деньги на покупку спиртного отбирали у младших школьников. Или залезали по вечерам в чужие автомашины и снимали все, что можно продать, вплоть до колес. Если денег не хватало, вместе с приятелями по вечерам нападали на прохожих. В опьянении М. становился еще более самоуверенным, агрессивным и вспыльчивым. В пьяном виде бил прохожих, которых они грабили, даже если им сразу отдавали деньги и ценные вещи. Сексуальная жизнь с 12-летнего возраста в состоянии опьянения с девочками из своего двора, которые тоже были в их компании и вместе с ними пили. Кто будет партнершей, было совершенно безразлично, — та, которая

была ближе, ту и отводил в угол подвала за ящики. По совету приятелей заставлял их заниматься с ним оральным сексом. Если в компанию приходила «новенькая», которая не хотела подчиняться, то ее по очереди насиловали, и потом ей ничего не оставалось, как служить постоянным объектом их сексуальных посягательств. Девочек, которые пытались уйти из компании, ловили и били, улюлюкали и свистели вслед, когда они шли мимо, оскорбляли и обзывали нецензурными словами. Изнасилованные девочки боялись их и молчали. Когда одна из них рассказала родителям и те подали заявление в милицию, они подкараулили ее у школы и пригрозили, что не только еще раз изнасилуют, но и изуродуют. Девочка испугалась и настояла, чтобы родители забрали заявление, а вскоре семья поменяла квартиру и переехала в другой район. В школе учился на «тройки» и «двойки», уроки прогуливал, домашних заданий не готовил. Дважды дублировал классы. Поведение также всегда было «неудовлетворительным», с 13 лет состоял на учете в детской комнате милиции. После окончания 8 классов пошел работать, но нигде долго не задерживался из-за постоянных конфликтов — никому не подчинялся, мог грубо накричать даже на начальника. От службы в армии освобожден по статье 7Б (психопатия). Жил то дома, то у какой-нибудь девушки. В 20 лет познакомился с 28-летней разведенной женщиной, у которой стал постоянно жить. Она кормила его, стирала его одежду, давала денег, если у него не было, и обоих устраивали такие отношения. Помимо основной сожительницы у него были и другие партнерши, такие же примитивные, как и он сам. Вместе выпивали, потом совершали половой акт и снова пили. Иногда ссорились и дрались, потом снова пили и снова совершали половой акт. У некоторых женщин М. жил подолгу, но неизменно возвращался к постоянной сожительнице. Иногда она его выгоняла, затем вновь принимала, если он приходил с бутылкой, то примирение наступало быстрее. Но после выпивки могли и подраться. Иногда она вызывала милицию и его отправляли на 15 сут. Вернувшись, сожительницу бил и все повторялось снова. В 27-летнем возрасте в состоянии опьянения избил совершенно постороннего человека, который сделал ему замечание в автобусе, чтобы он прекратил выражаться нецензурными словами в общественном месте. М. выволок его на улицу и жестоко избил ногами, нанес серьезные повреждения, сломав ключицу и несколько ребер. Задержан милицией, а затем направлен на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. В результате экспертизы установлен диагноз: психопатия эксплозивного (возбудимого) круга. Алкоголизм III стадии.

Стержневым компонентом расстройства является несоответствие уровня агрессивности пусковым моментам. Помимо внешней агрессии — дерутся, бросают в окружающих различные предметы, — свойственна аутоагрессия, проявляющаяся чаще всего нанесением самопорезов в области запястья или предплечья. Межличностные отношения таких людей, как правило, серьезно деформированы. Им свойственно делить людей на «очень плохих» и «очень хороших», причем переход из

одной категории в другую происходит немедленно. Испытывая из-за постоянных конфликтов неустроенность в личной жизни и карьере, для снятия пустоты и бесцельности своего существования они часто прибегают к употреблению алкоголя, наркотиков, используют другие формы саморазрушительного поведения. Смелость возбудимых психопатов часто граничит с безрассудством, особенно это проявляется в состоянии опьянения. Алкогольное опьянение у них часто носит атипичный характер: вместо эйфории и благодушия нарастает напряжение и возникает злоба, проявляющаяся затем агрессивным поведением. Подобные состояния дисфорического типа характерны для эпилептоидного типа психопатии. Пароксизмальность утраты контроля над поведением и явления парциальной амнезии после аффективной вспышки позволяют сравнивать подобные расстройства с эпилептическими. Несмотря на отсутствие других клинических проявлений эпилепсии, у таких больных обычно обнаруживаются признаки органической церебральной недостаточности, связанной с перенесенными травмами и другой органической патологией головного мозга, начиная с перинатального периода.

Врачам при общении с такими пациентами необходимо проявлять терпение и твердость, не позволять провоцировать себя на конфликты, четко очерчивать допустимые пределы поведения пациента и требовать их выполнения. Подчеркивать ценность человеческой жизни и необходимость считаться с интересами других людей.

Истерическое расстройство личности F60.4 (истерическая психопатия)

Точных данных о распространенности данного типа расстройства личности нет, но его относят к одному из самых распространенных, чаще встречающихся у женщин.

Наиболее характерными чертами таких людей являются поиск внимания к себе окружающих, стремление выделиться из толпы за счет демонстративности и театральности поведения. Поэтому в зарубежных классификациях истерическое расстройство обозначается еще как гистрионическое, или гистрионное (от древнегреч. *histrionic* — актерский). Непереносимыми ситуациями для истерических личностей являются ситуации равнодушия к ним заинтересовавших их окружающих. Для того чтобы вызвать интерес к себе или сочувствие, они нередко прибегают ко лжи (псевдологии), причем в своих историях могут представлять себя не только в позитивном свете. Девочки рассказывают о своих мнимых любовных похождениях, случаях группового изнасилования и т.п., подростки мужского пола — о своем якобы участии в организованных группировках, «бандитских разборках», авантюрных приключениях. Для достижения своих целей, связанных со здоровьем, ими может использоваться откровенная симуляция. Типичной формой реагирования на отвержение их заинтересовавшими лицами или отказ в удовлетворении их притязаний служат суицидальные высказывания и

демонстративные попытки суицида, приобретающие иногда характер «суицидального шантажа».

Живут истерические личности преимущественно чувствами, а не разумом, им свойственна так называемая эмоциональная логика. В принятии решений и мотивации поступков важную роль у истерических личностей играют механизмы психологической защиты, в частности наиболее примитивные (незрелые) из них — вытеснение, регрессия, конверсия, идентификация. Эмоциональные проявления обычно яркие и бурные, но поверхностные, лабильные. Вспышки гнева и обвинения могут быстро смениться мольбами и слезами «раскаяния». При этом такие личности не способны к глубокой привязанности из-за резко выраженного эгоцентризма. Добиваясь своего, они прибегают к поведенческим средствам манипулирования другими людьми. Типичный пример такого поведения истерической личности гоголевский Хлестаков.

Характерны внешний вид и манера общения истерических личностей, начиная с яркой экстравагантной одежды, прически, макияжа и заканчивая вызывающе громким смехом, особыми интонациями в речи с целью привлечения внимания окружающих. Поведение их может легко меняться в зависимости от ситуации. Особенно свойственно обоим полам демонстрировать свою сексуальность, преимущественно за счет фривольности, склонности к кокетству, флирту, карикатурного подчеркивания своей неотразимости. При этом в основе подобного поведения лежит не удовлетворение половой потребности, а желание подчеркнуть собственную исключительность. Напротив, у истерических личностей нередки психосексуальные дисфункции — фригидность и аноргазмия у женщин и импотенция у мужчин.

С давних времен описывается у истерических личностей повышенная внушаемость, делающая их излишне доверчивыми и наивными, вследствие чего они могут попадать под влияние других людей. Внушаемость лежит к основе плацебо-эффекта, широко используемого как в официальной медицине, так и различными шарлатанами, выступающими под маской нетрадиционных врачей. Внушаемость обеспечивает эффективность суггестивных методов психотерапии в лечении истерических невротических расстройств, которые чаще возникают у личностей с истерическими чертами в преморбиде.

Врачу во взаимоотношениях с пациентом истерического склада важно контролировать свои высказывания и невербальное поведение, поскольку такие пациенты интуитивно очень легко улавливают многие нюансы поведения врача и в дальнейшем используют их в своих эгоистических целях, пытаясь манипулировать врачом. Чтобы избежать этого, врач должен держать дистанцию с пациентом, ровно и спокойно относиться как к похвале, так и осуждению и капризам пациента. Следует демонстрировать пациенту доброжелательность, но в то же время твердость, последовательность и уверенность в своих профессиональных и личностных качествах.

Г., 37 лет, родился в интеллигентной семье старшим из двух братьев. С раннего возраста любил быть в центре внимания, в детском саду участвовал в утренниках, читал стихи, любил выступать в масках зверей и костюмах различных героев. Ревновал родителей к младшему брату, уже в 5-летнем возрасте мог демонстративно уйти из дома, обиженный, что родители не уделили ему достаточно внимания, занимаясь с братом, или не купили желаемую игрушку. Прятался во дворе или уходил домой к другим детям, чтобы родители «помучились». В школе учился неровно, разбрасывался, лучше успевал по гуманитарным предметам, где можно было выступить, произвести впечатление своим рассказом на учительницу и одноклассников, хуже давались точные науки, где требовалось систематически делать уроки. Время проводил в кругу многочисленных приятелей, но близких друзей никогда не имел. Круг увлечений был очень обширным — от коллекций марок, спичечных этикеток, бутылок до занятий в художественных кружках и спортивных секциях. Нигде успехов не добился. Авторитетом в кругу приятелей не пользовался, но всегда стремился быть ярким, «не как все». Это касалось внешности (первый среди ребят сделал себе многочисленные татуировки), манеры поведения — держался развязно, любил прихвастнуть, рассказывал различные криминальные истории, якобы приключившиеся с ним. Любил поговорить о своих многочисленных «любовных» победах, но девушки быстро покидали его. Поступил в институт, но в связи с многочисленными задолженностями был отчислен с первого курса. Был призван в армию, через несколько месяцев комиссован по статье 7Б — ушел самовольно из части и нанес себе многочисленные поверхностные порезы на предплечьях. Профессию так и не получил, многократно устраивался на работу, но долго нигде не удерживался в связи с нарушением трудовой дисциплины, жульничеством. Женился, брак распался через 2 года. Нигде не работает, живет на пенсию матери, злоупотребляет алкоголем, выпивку достает за счет случайных приятелей, которых приводит домой. Рассказывает о себе многочисленные истории о том, что он преуспел в спорте, называет себя мастером спорта по мотокроссу, утверждает, что у него уже много своих учеников. Ходит к камуфляжной одежде, случайным знакомым (в основном подросткам) рассказывает, что служил в «спецроте в Афгане», уверяет, что владеет большим количеством огнестрельного оружия. Часто бывает избит своими собутыльниками за то, что, одалживая деньги, практически никогда их не возвращает, ворует ценные вещи, которые затем продает.

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности F60.5 (психастения)

Ананкастная психопатия описывалась еще Э.Крепелином и К.Шнайдером. В качестве важнейших особенностей личности подобного склада рассматривались нерешительность и склонность к сомнениям. Свой вклад в описание ананкастной личности внес З.Фрейд, считавший наиболее характерными для этого типа личности черты педантичности, бе-

режливости и упрямства. В отечественных классификациях психопатий обсессивно-компульсивное (ананкастное) расстройство отсутствовало в качестве самостоятельной формы, а присущие этому типу личности особенности описывались в рамках *психастении*, обозначавшейся как *тревожно-мнительное расстройство*.

Мнительность затрудняет таким людям принятие решений. Сомнения и колебания заставляют по несколько раз возвращаться к сделанному, затруднения возникают даже в бытовой жизни — «куда и с кем пойти», «что купить». Внешне проявляющаяся неуверенность в себе, на самом деле вызвана нереалистично завышенными требованиями к себе и окружающим и связанным с этим опасением неудачи. Утрированное стремление к совершенству в деятельности (перфекционизм) заставляет ананкастов по несколько раз перепроверять результаты, стремиться всю работу делать самостоятельно (трудоголизм), часто отказывая себе в отдыхе, удовольствиях, интересных межличностных контактах. Контакты ананкастов с другими людьми затруднены из-за чрезмерной ригидности, неспособности к компромиссам, нетерпимости ко всему, что угрожает принятому ими порядку. Их стремление к совершенству не позволяет успешно адаптироваться к реальной действительности, порой далекой от совершенства. У них отсутствует такой адаптивный механизм, как чувство юмора. Механизмом психологической защиты чаще всего служит рационализация или интеллектуализация.

Т., 32 года, обратилась с жалобами на страх принимать пищу в общественных местах (особенно на работе), от этого покрывается «нервными пятнами», испытывает подобие озноба. Родилась в семье педагогов, отец — преподаватель вуза, отличался эмоциональной сдержанностью, был излишне сухим и требовательным к дочери. Мать — учительница младших классов в школе, тревожная, боязливая, мнительная. Девочка росла в обстановке повышенной моральной ответственности — «не должна позорить своих родителей, которые сами занимаются воспитанием чужих детей и молодежи». По характеру была неуверенной в себе, боязливой, с высоко развитым чувством долга. Стремилась всегда строго следовать правилам поведения и предъявляемым требованиям. С детского возраста отмечался страх темноты, с 8 лет — боязнь качелей, после того как упала с них, с 16 лет появились «проверки» некоторых выполненных действий путем их неоднократного повторения: должна была дважды закрыть и открыть дверь, включить и выключить свет, чтобы убедиться в том, что она не забыла это сделать. В школе имела ограниченный круг друзей, с которыми чувствовала себя более раскованной. С мальчиками не дружила, стеснялась своей моторной неловкости, считала, что она для них малопривлекательна. Училась успешно по всем предметам. Застенчивость и неуверенность в себе усилились во время учебы на факультете журналистики МГУ. Боялась публичных выступлений перед аудиторией, краснела, потела, испытывала дрожь в теле. По совету консультировавшего ее психолога, для того чтобы справиться с этим страхом, начала

выступать в команде КВН факультета. Действительно, некоторое время спустя страхи публичных выступлений значительно уменьшились. Была достаточно общительной, активной, успешно училась, но испытывала трудности в общении с молодыми людьми. Особенно боялась контактов, которые подразумевают сексуальную близость. Интерес к противоположному полу испытывала, но при этом часто задавала себе вопрос: «Будет ли ему хорошо со мной? Нравлюсь ли я ему?» После окончания вуза работала в малотиражной газете. Всю себя отдавала работе, засиживаясь в редакции допоздна и в выходные дни. В 28 лет вышла замуж за коллегу по работе, который был ее первым и единственным мужчиной, родила ребенка. После выхода из декретного отпуска устроилась в пресс-службу солидной компании. Начался «ажиотаж», что она может не справиться с этой работой, что не сможет вообще работать. Постепенно втянулась в работу, успешно с ней справлялась, претензий со стороны руководства к ней не было. Трудности возникли в неформальном межличностном общении с коллегами. Боится произвести плохое впечатление, выглядеть неловкой. Особенно это стало проявляться во время совместных обедов в офисе. «Каждый обеденный перерыв на работе для меня — это настоящий подвиг». Невыносимо, когда во время совместных мероприятий необходимо произносить «дежурные тосты» — теряется, покрывается яркими пятнами, потеет, «что-то мямлит». Впрочем, во время встречи с прежними друзьями в кафе чувствовала себя комфортно, никакого волнения и страха не испытывала. Просит помочь ей научиться справляться с неприятными переживаниями и бурными эмоционально-вегетативными реакциями, возникающими в служебной обстановке.

Выраженной социальной дезадаптации у ананкастных личностей обычно не наблюдается, им удается создать семью и долго удерживаться на одном месте работы. Будучи чопорными и сухими в общении, они могут быть достаточно чувственны и сентиментальны в своих дневниках, иногда литературном творчестве. Асоциальное поведение не свойственно данному типу личности, они от своего характера страдают гораздо больше, чем окружающие. Однако им свойственно увлечение алкоголем и другими седативными средствами, которые употребляются как адаптогены для снятия тревоги и напряжения.

Чрезмерная мнительность приводит к возникновению навязчивых состояний (обсессивно-компульсивных расстройств), нередко касающихся, в том числе, вопросов здоровья, социальных фобий. Навязчивая ипохондрия, депрессивные расстройства, различные виды фобий являются причиной обращения больных к врачам различного профиля. Общение и взаимоотношения врача с такими пациентами не столь затруднены, как с некоторыми другими типами психопатических личностей, но все же следует придерживаться ряда правил. Врачу важно убедить пациента в своей компетентности уже при первой встрече, чтобы вызвать доверие и побудить начать лечение. В убеждении пациента следует использовать лишь рациональные аргументы, а не эмоциональные.

Нельзя иронизировать над опасениями пациента, иначе доверие может быть утрачено. Все вопросы и рекомендации должны быть открытыми и логически обоснованными.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности F60.6 (психастения)

Подобные расстройства личности в зарубежной психиатрии относительно недавно выделены в самостоятельную категорию. В отечественных классификациях данный тип личностных расстройств в качестве самостоятельного не выделялся, а ведущий *тревожный радикал* описывался в структуре различных вариантов психопатий, имеющих сходные черты — психастенической, шизоидной и астенической. В какой-то мере этот тип личностного расстройства напоминает *сенситивный тип психопатии*, выделявшийся некоторыми авторами.

В основе этого типа лежит не переоценка самого себя, а, наоборот, комплекс собственной неполноценности, всегда присущий сенситивной личности. Уже в раннем детстве проявляются робость и застенчивость, часто усиливающиеся в подростковом возрасте и сохраняющиеся на протяжении всей жизни. Встречается тревожное расстройство личности примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Характерны постоянное чувство внутреннего напряжения, тревога, неуверенность в себе. Такие люди предпочитают жить в своем ограниченном мире близких родственников и малочисленных друзей, где чувствуют себя спокойно и уверенно. В профессиональной деятельности они также предпочитают иметь узкий круг контактов. Проявляемая внешне замкнутость связана у них с гипертрофированным страхом вызвать к себе даже незначительное критическое отношение. Они испытывают нужду в социальных контактах, желание нравиться и быть принятыми другими, но страх подвергнуться критике, неодобрению или отвержению приводит их к избегающему поведению. С теми, к кому привыкли и кому доверяют, они достаточно общительны. За пределами привычного окружения чувствуют себя непривлекательными, неспособными, неинтересными, что обычно не соответствует действительности.

У людей такого типа значительно повышена склонность к возникновению социальных фобий. Срыв социальной поддержки, неудача в карьере или личной жизни могут привести к убежденности в своей никчемности и вызвать депрессивное состояние, которое нередко служит причиной возникновения суицидальных мыслей или намерений. Таким образом, данный тип личности можно отнести к «страдающим» от своего характера. Им не свойственны асоциальные проявления в поведении, отсутствует склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотиками и формированию аддикции. Напротив, они являются сторонниками «правильного, здорового образа жизни». Появление у них какого-либо неблагополучия со здоровьем, соматических заболеваний часто приводит к ипохондрическим расстройствам, в том числе к сенситивному развитию личности с идеями отношения и социальными фобиями.

В общении таких пациентов с врачом всегда присутствует первоначальная напряженность, вызванная опасением не быть понятым врачом и подвергнуться критическим замечаниям в свой адрес. Поэтому для установления и поддержания доверительного контакта, как и при общении с пациентами обсессивно-компульсивного склада, врачу следует избегать иронии и критики, выступать в роли доброжелательного советчика, демонстрируя внимание и сочувствие. Не следует скупиться на похвалу, постоянно подчеркивая позитивные качества и достижения пациента.

Зависимое расстройство личности F60.7 (астеническая психопатия)

Зависимое расстройство личности, как и предыдущее, также заимствовано из американской систематики DSM и в классической отечественной психиатрии никогда в качестве самостоятельной формы не выделялось. По своей клинической картине оно близко к тревожному типу личностного расстройства и отличается от последнего более выраженной зависимостью от других людей, затруднением в принятии самостоятельных решений и отстаивании собственных интересов, страхом остаться в одиночестве. Наиболее близкой к зависимому расстройству из выделяемых в отечественной психиатрии клинических форм психопатий является *астеническая психопатия*.

Встречается чаще у женщин, проявляется уже в раннем детском возрасте, с годами выраженность проявлений несколько сглаживается, но они не исчезают. Нередко развивается на фоне хронических соматических заболеваний детского возраста, которые могут приводить к некоторым ограничениям активности и инициативы больного ребенка. Необходимость следовать режиму, выполнение всех рекомендаций взрослых способствуют в дальнейшем формированию таких черт, как подчиняемость, безропотность, стремление прислушиваться к мнению авторитетных лиц. К позитивным характерологическим качествам таких личностей могут быть отнесены эмоциональная теплота и чуткость к потребностям других людей, лояльность, исполнительность, преданность семье, коллективу. Их отличает высокая требовательность к себе, стремление следовать социальным правилам поведения, нередко достигающее гиперсоциальности, альтруизм. Уязвимыми сторонами характера являются отсутствие самостоятельности, инициативы и предприимчивости, внушаемость, идеализация объекта привязанности. Характерный пример — героиня чеховского рассказа «Душечка». Эти качества могут сказываться особо негативно, если таким объектом становится морально недостойный или психически нездоровый человек. Женщины этого типа, например, подолгу терпят мужей-алкоголиков, изменяющих им и оказывающих моральное и физическое притеснение. В случае конформного бреда одним из членов диады, принимающим бредовую систему, нередко является страдающий зависимым расстройством личности.

Неуверенность в себе, опасение проявления каких-либо заметных реакций (особенно сексуальных и агрессивных) сопровождаются выраженной тревогой, страхом быть покинутым значимым человеком. За утратой значимых отношений может последовать депрессивное состояние. Частыми реакциями на неблагоприятную для таких личностей жизненную ситуацию (как правило, угроза потери доминирующего субъекта) являются астенические расстройства, включающие тревожные и соматоформные проявления.

При общении с такими пациентами и проведении лечебно-диагностических мероприятий врачу важно самому не стать для них источником сверхзависимости. Они, как правило, не готовы к партнерскому сотрудничеству с врачом, податливы, исполнительны, но пассивны, не проявляют собственной инициативы в решении стоящих перед ними проблем. Одним из внешних проявлений психологической зависимости от врача может быть манипулирование симптомами и врачебными назначениями.

Смешанное расстройство личности F61.0

(мозаичная психопатия)

Многими авторами при клинических описаниях патологических черт характера отмечается их смешение, когда невозможно выделить один единственный радикал, а присутствуют сразу несколько, нередко различных, радикалов, приводящих к затруднениям социальной адаптации. Стержневой психопатический синдром либо не определяется, либо оказывается нестойким, а доминирующее значение имеют то одни, то другие психопатические проявления. При этом в большинстве случаев существующие психопатические синдромы усугубляют патологию характера и определяют неблагоприятную динамику психопатии, главным образом в социальном плане. Например, сочетание истерических, неустойчивых и эксплозивных психопатических черт, наряду с расстройствами влечений, может приводить к возникновению аддиктивных расстройств (алкоголизм, наркомания, другие зависимости) и асоциальных форм поведения. Психастенический и шизоидный радикалы способствуют возникновению сверхценных образований. Возбудимые, гипертимные и паранойяльные черты служат почвой для сутяжно-кверулянтского поведения. Сочетание далеких характерологических радикалов (шизоидного и истерического, возбудимого и сенситивного) может свидетельствовать о наличии явлений «схизиса» и требует проведения дифференциальной диагностики с психопатоподобными расстройствами при шизофрении.

24.2. Особенности формирования расстройств личности и поведения в подростковом возрасте

Подростковый возраст, включающий отрезок от 11 до 16 лет, считается критическим в связи с высоким риском формирования аномалий характера, дисгармонии личности и обострением текущих психических

заболеваний. В этом возрасте происходят сложные процессы осознания себя, изменяющихся и усложняющихся жизненных обстоятельств, связанных с взаимоотношениями с родителями и сверстниками, учителями. Также перед подростком встает необходимость следовать общепринятым нормам поведения и требованиям закона. Высокие требования, предъявляемые к учебе в школе, необходимость выбора будущей профессии, пробуждающееся сексуальное влечение и завязывающиеся интимные отношения — все это происходит на фоне перестройки эндокринных процессов в организме, интенсивного физического роста и соматических изменений. К группе *непатологических форм поведения* относят микросоциальную запущенность и характерологические ситуационные реакции отказа, протеста, имитации, реакцию группирования со сверстниками, эмансипацию, побеги из дома, дромоманию, реакции увлечения, компенсации и гиперкомпенсации, реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, малолетнюю проституцию. Характерологические поведенческие реакции, возникающие у подростков психогенно под воздействием социально-психологических факторов, подробно рассматриваются в главе 13.

Характерные для этого периода психологические, социальные и физиологические факторы могут стать при своем взаимодействии причиной возникновения у подростка затруднений в социальной адаптации вследствие отклонения (девиации) поведения от общепринятых норм. Всестороннее и многоплановое изучение отклоняющегося поведения учеными, педагогами, психологами, социологами, медиками, юристами говорит о том, что можно прогнозировать появление той или иной вредной привычки и в целом отклоняющегося поведения. Природа *отклоняющегося поведения* неоднородна, различают *поведение девиантное*, т.е. отклоняющееся от принятых в обществе норм; *делинквентное* — преступное, криминальное; *аддиктивное* — характеризующееся стремлением к употреблению одурманивающих (наркотических) веществ; *аномальное*, связанное с наличием органической мозговой патологии или психического заболевания.

Нарушения поведения находятся в тесной связи с особенностями формирующейся личности. *Девиантное поведение* включает антидисциплинарное и антисоциальное поведение. К девиантному поведению антидисциплинарного типа могут быть отнесены нарушения режима и дисциплины в учебно-воспитательном учреждении. Например, систематический срыв уроков, отказ от выполнения учебных заданий, прогулы уроков и т.д. К антисоциальному поведению могут быть отнесены поступки, связанные с невыполнением или непризнанием общепринятых нравственных норм поведения, отказ от учебной и трудовой деятельности, кражи, бродяжничество, раннее вступление в половую жизнь, сексуальные эксцессы, употребление спиртных напитков, наркотиков, токсических средств.

Понятие «*делинквентное поведение*» применяется только в случаях противоправных действий несовершеннолетних. К ним относятся вы-

могательство, грабежи, разбои, угон транспортных средств, хулиганство, нанесение тяжких телесных повреждений, изнасилование и др.

Важна своевременная диагностика аномальных форм поведения подростка с целью лечения и реабилитации, а также профилактики более тяжелых форм нарушения поведения и дезадаптации. Характерологические реакции личности — обратимая форма поведения. Но если они задерживаются и закрепляются неправильным отношением к ребенку, то становятся патохарактерологическими или являются основой патохарактерологического формирования личности. Для подростков до 16 лет в МКБ-10 используется диагностическая категория F91 «Расстройства поведения в подростковом возрасте». С возраста 16 лет, когда формирование личности вступает в завершающую стадию, расстройства поведения оцениваются в рамках «Специфических расстройств личности».

Причинами поведенческих нарушений и дезадаптации могут быть многочисленные психопатоподобные состояния различной этиологии, некоторые формы конституциональных психопатий и акцентуации характера.

Возрастной континуум аномального поведения у подростков от акцентуации характера до признаков формирующейся психопатии часто обозначается как «формирование расстройства личности».

Наиболее распространенные расстройства формирующейся личности и поведения у подростков

Формирование неустойчивого расстройства личности характеризуется поведением, в основе которого лежит отсутствие сложной мотивации поступков, преобладает мотив удовольствия (гедонический). Поведение подростков этого типа больше всего зависит от социокультурного уровня окружающей их среды. Все поведение неустойчивой личности выражает острую потребность в более насыщенной информации и частой смене впечатлений. Эти дети быстро схватывают информацию, но мало ее обдумывают и быстро забывают. Это связано с некачественным усвоением, из-за чего постоянно ощущается необходимость в пополнении знаний. Поэтому при сохранении и даже высоком интеллекте их деятельность малопродуктивна. Они быстро пресыщаются и требуют смены деятельности. Логическое мышление поверхностное, суждения примитивны. Девиантное поведение этих подростков связано с повышенной внушаемостью и жадой новых удовольствий. Оно выражается в бродяжничестве, случайных кражах (авантюризм, острые ощущения), уходах из школы с целью избежания ответственности, трудностей. Типичны для этой формы психопатии реакции имитации социально-отрицательных форм поведения. Подростки часто совершают групповые антиобщественные противоправные действия. Подобный тип формирования личности относят в группу риска болезней зависимости (алкоголизма, наркоманий, нехимических аддикций).

У подростков с **формирующимися гипертимными чертами характера** нарушения поведения чаще всего связаны с ограничением их свободы.

Они не выносят жесткий режим. Им свойственна чрезмерная оптимистическая установка. Они добродушны. Возникающие конфликтные ситуации вызывают у ребенка неосознанные реакции протеста, эмансипации, особенно в форме уходов и самовольных отлучек. Им свойственна реакция группирования со сверстниками. У гипертимных подростков начинает стираться грань между дозволенным и недозволенным, появляется склонность к асоциальным действиям. Они склонны к алкоголизации, а в более старшем возрасте (15–16 лет) — к сексуальным эксцессам. Возможны противоправные действия.

Нарушения поведения у подростков с *формирующимися истероидными чертами* возникают обычно в связи с недовольством по поводу недостаточного внимания к ним. В этой группе возможны два варианта: с преобладанием склонности к фантазированию и преобладанием элементарных истерических реакций. Иногда с целью привлечения к себе внимания окружающих истерические подростки прибегают к преувеличениям и самооговорам. Они приписывают себе участие в грабежах, шпионаже, а девочки-подростки — ложное изнасилование. Если их капризы, требования не удовлетворяются, то нарушения поведения проявляются в виде реакций активного и пассивного протеста (грубость, непослушание, демонстративное поведение, позерство, театральность, жеманство). Часты реакции имитации: подражают своему «кумиру» в одежде, причёске, манере говорить, одеваться и т.д. Подростки с истероидными чертами характера могут совершать демонстративные аутоагрессивные действия (попытки самоотравления, самоповешения, порезы кожи), чтобы произвести определенный эффект на окружающих. Иногда демонстративные действия наблюдаются в виде правонарушений «во имя групп», в виде «двойной жизни», «борьбы за справедливость».

Эпилептоидное формирование личности относится к расстройствам, в генезе которых преобладают конституциональные факторы. Уже с раннего возраста у таких детей отмечаются капризность, злобность, садистические наклонности. Это проявляется как в отношении других детей, так и родителей, животных, которых они безжалостно мучают. В дальнейшем в поведении проявляются властность и деспотизм, стремление подчинять своим интересам окружающих. В случае отказа от выполнения их требований они могут наброситься с кулаками, сломать мебель, разбить стекло и т.п. У них часто возникают состояния эмоционального напряжения, напоминающие классические дисфории, для разрядки которых ими провоцируются драки, а иногда совершаются аутоагрессивные действия (самопорезы, самокалечение). Из увлечений предпочитают спорт, особенно атлетические виды для достижения особых физических параметров. В неформальных подростковых группировках стремятся занять лидирующие позиции или быть «подручными» лидеров, выполняя их поручения. Сексуальное влечение пробуждается рано, отличается интенсивностью, часто включает гомосексуальные и садомазохистские формы реализации. Нередки делинквентные формы поведения, связанные с сексуальным насилием.

Своеобразные нарушения поведения у ребенка с *формирующимися шизоидными чертами характера*, наблюдающиеся уже в возрасте 3—4 лет, связаны с его отгороженностью от сверстников, сниженной потребностью в общении. Как и в случае с эпилептоидными личностными расстройствами, ведущая роль в их возникновении принадлежит наследственности. Для таких детей характерны моторная неловкость, необычность вкусов и увлечений, проявляющиеся в играх. Замкнутость и отгороженность становятся особенно заметными в подростковом возрасте на фоне активного группирования сверстников. Нередко такие подростки становятся изгоями в классе, получают уничижительные прозвища — «ботан», «крези», «замороженный» и т.п. Их часто оценивают как черствых и бесчувственных, несмотря на то, что они могут быть весьма сенситивны и впечатлительны в том, что касается их внутреннего мира. В случае преобладания сенситивности у них часто возникают «комплексы», касающиеся как собственного внешнего вида, так и своих способностей. Напротив, преобладание экспансивных черт приводит к убеждению в собственной исключительности, открытому пренебрежению другими людьми, особенно если такой подросток обладает какими-либо способностями и достигает успеха, например, в учебе, творчестве, игре в шахматы и др. Ригидные поведенческие реакции носят характер нонконформизма. Стремление к самостоятельности у шизоидного подростка выражается требованием невмешательства в его жизнь. Пробуждающиеся сексуальные потребности реализуются в фантазиях или формах перверзного поведения (вуайеризм, эксгибиционизм, фроттеризм, фетишизм и др.).

Этиология и патогенез расстройств личности и поведения

Исследование этиологии и патогенеза психопатий в течение более чем вековой истории со времени их выделения включало изучение психопатологии личностных расстройств, биологических и социальных механизмов, правовых аспектов. Несмотря на огромный накопленный опыт и полученные данные, этиология психопатий до настоящего времени во многом остается неясной.

В происхождении «ядерных», или конституциональных, психопатий, по определению О.В.Кербикова, ведущее место отводится наследственному фактору, а также негрубым экзогенно-органическим поражениям головного мозга во внутриутробном, перинатальном и раннем постнатальном периодах развития (инфекции, травмы, интоксикации, гипоксия, иммунологическая несовместимость матери и плода и др.). В формировании «краевой психопатии» основная роль принадлежит социально-психологической сфере. По мнению В.Я.Гиндикина, становление психопатий зависит от соотношения генетических и средовых факторов. При этом значение придается как собственно патогенным факторам, так и периоду их действия. Указывается, что наиболее значимым для возникновения в последующем патологии характера является III триместр беременности (В.В.Ковалев). Известный отечественный

детский психиатр Г.Е.Сухарева рассматривала психопатии как результат дизонтогенеза нервной системы. Ею было сформулировано предположение о трех основных типах нарушений: задержанном, искаженном и поврежденном развитии. *Задержанный тип развития* обуславливает дисгармонический инфантилизм, свойственный неустойчивой и истерической психопатии. *Искаженное развитие*, при котором созревание одних механизмов личности отстает, а развитие других ускорено, составляет патогенетическую основу ряда конституциональных психопатий, например гипертимной, психастенической, шизоидной. Наконец, *поврежденное развитие* определяет патогенез так называемых органических психопатий — сочетание нарушений развития с дефектом психических функций.

В отечественной нейрофизиологии и психиатрии в течение длительного времени доминировало учение И.П.Павлова о высшей нервной деятельности. С позиций данного учения рассматривались и механизмы психопатий, были созданы классификации. И.П.Павлов рассматривал психопатии в качестве крайних вариаций нормальных типов высшей нервной деятельности, отличающихся наименьшей устойчивостью и приспособленностью, хрупкостью и ломкостью. По этому принципу выделяют возбудимые и тормозимые группы психопатий. Возбудимые личности — вспыльчивые, раздражительные, взрывчатые, относятся к представителям крайних вариантов безудержного типа. Различные варианты тормозимых психопатий (астенические, психастенические, шизоидные) относятся к слабым типам высшей нервной деятельности с недостаточностью процессов как возбуждения, так и торможения, и склонностью к преобладанию внешнего торможения.

Для изучения биологических механизмов, лежащих в основе нарушений адаптации у психопатических личностей, используются такие методы исследования, как ЭЭГ, КТ, исследование нейропсихологических и нейрохимических особенностей ЦНС. Были обнаружены специфические изменения, связанные с дисфункцией лобных отделов коры, заинтересованность глубинных структур, нарушения медиаторного обмена. Однако однозначно роль выявленных нарушений в генезе психопатий доказать не удается.

Патология характера, возникающая преимущественно под влиянием социально-психологических факторов, О.В.Кербиковым была обозначена как «краевая психопатия». Имеет значение сочетанное действие нескольких факторов:

- наличие изначальной акцентуации характера;
- неблагоприятные условия среды, адресованные к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации;
- продолжительность действия неблагоприятных социальных условий;
- критический возраст для формирования данного типа акцентуации. Этим возрастом для шизоида является детство, для психастеника — первые классы школы, для большинства других типов —

разные периоды подросткового возраста. Только при паранойальном типе критическим является более старший возраст (около 30 лет) — период высокой социальной активности.

Среди множества факторов неблагоприятного социально-психологического влияния наибольшее значение придается неправильному воспитанию. Наиболее часто встречаются следующие *типы аномального воспитания* (О.В.Кербиков, В.Я.Гиндикин, А.Е.Личко):

- **потворствующая гиперпротекция**, в крайней степени достигающая воспитания по типу «кумира семьи». Данный тип воспитания приводит к усугублению истероидной акцентуации, способствует появлению истероидных черт при лабильной, гипертимной, реже — при шизоидной и эпилептоидной акцентуациях;
- **доминирующая гиперпротекция** («гиперопека», или «ежовые рукавицы») — обостренная опека ребенка в сочетании с мелочным контролем и жестким диктатом. У гипертимных подростков данный тип воспитания приводит к резкому обострению реакции эмансипации. У подростков с психастенической, сенситивной и астеноневротической акцентуацией усиливаются астенические черты — несамостоятельность, неуверенность в себе, нерешительность, неумение постоять за себя;
- **гипопротекция** — недостаток внимания, заботы, контроля за ребенком, крайняя степень — безнадзорность. Особенно неблагоприятно при неустойчивой и конформной акцентуациях, а также при гипертимной, эпилептоидной и лабильной;
- **особый вид гипопротекции** — «потворствующая гипопротекция», при отсутствии фактического воспитания и заботы о ребенке стремление родителей любыми способами освободить от наказаний при совершении им проступков и даже правонарушений. Такое воспитание культивирует неустойчивые и истероидные черты;
- **эмоциональное отвержение** — требования, не соответствующие возрасту, в крайних случаях третирование и унижение (воспитание по типу «Золушки»). Отвержение тяжело сказывается на лабильной, сенситивной и астеноневротической акцентуациях;
- **воспитание в условиях жестоких взаимоотношений** обычно сочетается с эмоциональным отвержением. Такое воспитание способствует усилению черт эпилептоидной акцентуации и развитию подобных черт на основе конформной акцентуации;
- **воспитание в противоречивых условиях** — члены семьи применяют несовместимые воспитательные подходы и требования к ребенку или происходит смена типа воспитания («от кумира до изгоя»). Подобный тип воспитания ведет к агрессивно-защитному типу поведения детей с повышенной возбудимостью и неустойчивостью или к пассивно-защитному типу поведения с тормозимостью, робостью, неуверенностью и зависимостью;
- **воспитание в условиях повышенной моральной ответственности** — родители питают большие надежды в отношении будущего своего

ребенка, его успехов, способностей и талантов или возлагают на него обязанности по уходу за младшими, больными членами семьи. Ребенку предъявляются требования, не соответствующие его возрасту и реальным возможностям. В таких условиях заостряются черты психастенической и сенситивной акцентуации;

- **воспитание в атмосфере «культы болезни».** Болезнь ребенка становится центром, на котором фиксировано внимание семьи. Это приводит к инфантилизации, эгоистической фиксации на заботах о собственном здоровье, появляется истерический способ реагирования на трудности.

Помимо неблагоприятного влияния условий воспитания, патогенное воздействие на формирующуюся личность могут оказывать и другие социокультуральные факторы — асоциальное окружение, неполная семья, педагогическая запущенность, неправильный выбор профессии и т.д. Патологические изменения личности, возникающие под влиянием подобных факторов, носят название патологических развитий личности, характер и механизмы которых более подробно рассмотрены в главе 13. При этом в зависимости от изменения ситуации, предшествующих характерологических особенностей (тип акцентуации) с завершением пубертатного периода патологические черты характера могут уменьшаться, и со временем происходит более или менее полная гармонизация личности. Этот процесс называется «ранней депсихопатизацией». Благоприятной динамике патохарактерологического формирования личности способствуют разрешение психотравмирующей ситуации, появление новых интересов (учебных, профессиональных, сексуальных и др.), связанных с приближением физической, психической и социальной зрелости, выход из-под отрицательного воспитательного влияния семьи, корригирующее влияние на поведение более зрелого самосознания и способности к критической оценке своих действий, а также направленные систематические коррекционно-педагогические воздействия. Такой тип динамики встречается чаще. Неблагоприятная динамика патохарактерологического развития с переходом его в «краевую» психопатию происходит, как правило, при сохранении психотравмирующей ситуации и неблагоприятной микросреды. Этому способствуют такие особенности «почвы», как резидуальная церебрально-органическая недостаточность, нарушения темпа полового созревания, психофизический инфантилизм, повторные соматические заболевания, а возможно, наследственная отягощенность психической патологией.

По мнению В.В.Ковалева, хотя патохарактерологические формирования личности могут при неблагоприятной динамике завершаться появлением психопатического склада личности, они не должны отождествляться с формирующимися конституциональными и органическими психопатиями. Помимо более выраженной зависимости от ситуации и условий воспитания, патохарактерологические формирования отличаются от конституциональных и органических психопатий динамизмом, выраженной возможностью сглаживания патологических черт характе-

ра, наличием периода с отсутствием нарушений поведения и заметных отклонений характера (обычно до школьного возраста), отсутствием на первых этапах динамики нарушений темперамента, расстройств инстинктов и влечений, соматовегетативных проявлений, которые при конституциональных и органических психопатиях выявляются в младшем детском возрасте.

Диагностика расстройств личности

Клинические границы специфических расстройств личности (психопатий) не совпадают со значительно более широким кругом личностных нарушений, включающих как крайние варианты нормы, так и различные (в том числе процессуально-обусловленные) виды патологии личности (см. главу 13). Диагноз «расстройство личности» неправомерен, если констатируются лишь отдельные характерологические отклонения, хорошо компенсированные и приводящие к нарушениям поведения лишь в относительно непродолжительные периоды, связанные с психическими травмами. В подобных случаях речь идет об акцентуациях характера. Личностные девиации могут видоизменяться, т.е. усиливаться или, напротив, становиться в определенном возрасте (чаще в среднем) менее выраженными. К врачам общей практики такие люди обращаются не по поводу аномалий личности, а в связи с теми или иными соматическими заболеваниями. Наличие стойкой личностной дисгармонии, выражающейся прежде всего в эмоционально-волевой сфере и поведении, делает их «трудными» пациентами. В работе врача общей практики с такими пациентами требуется умение распознавать и оценивать расстройства личности, строить свои взаимоотношения с учетом их «сильных» и «слабых» сторон.

Причиной обращения к психиатру или госпитализации при расстройствах личности чаще всего являются состояния **декомпенсации психопатий**, т.е. *реакции* — кратковременные обострения психопатической симптоматики, — или *развития* с длительным усилением присущих данной личности патохарактерологических черт, приводящих к выраженным нарушениям социальной адаптации. При акцентуациях клинические срывы и социальная дезадаптация наступают лишь под влиянием определенных психогенных воздействий, отвечающих типу акцентуации, при психопатиях нарушения адаптации могут быть следствием любых травм или возникать без видимых причин в благоприятных условиях как результат внутренней неуравновешенности.

Диагностика психопатий основывается прежде всего на клинико-биографическом методе обследования. Практическое значение оценки всего жизненного пути больного связано с тем, что каждому типу психопатий в определенной мере свойствен свой возраст формирования и внешней манифестации. Данные о ранних этапах развития и крайне важные сведения об особенностях поведения больного в различных жизненных обстоятельствах можно получить из объективного анамнеза. Оценка должна основываться на возможно большем количестве

источников информации. При этом сбор анамнестических сведений ограничивается деонтологическими требованиями, в соответствии с которыми не рекомендуется расширять без острой нужды круг лиц, осведомленных о семейном и служебном неблагополучии пациента. Во всех случаях диагноз психопатии должен включать типовую принадлежность и характеристику динамической фазы (компенсация, декомпенсация). Разновидности аномалии характера в известной степени помогают установить различные психологические тесты.

Наиболее распространенными являются: личностный опросник ММРІ, выявляющий как личностные отклонения и нарушения, так и личностные свойства, степень адаптированности, социально-ценностные отношения; патохарактерологический диагностический опросник А.Е.Личко, направленный на исследование акцентуаций характера; опросник Кеттелла, измеряющий 16 различных независимых личностных параметров; методика семантического дифференциала, позволяющая изучать самооценку, уровень притязаний и критичности личности; тест Розенцвейга, выявляющий реакции личности в различных ситуациях; проективные методики (тест Роршаха, незаконченных предложений), исследующие отношение личности к себе и окружающим.

Как было показано выше, расстройство личности возникает обычно в позднем детстве или подростковом возрасте и продолжает формироваться в период зрелости. Поэтому диагноз расстройства личности обычно не ставится до 16–17-летнего возраста — периода завершения пубертата. Дифференциация патохарактерологических развитий и формирующихся конституциональных и органических психопатий важна в связи с различием их прогноза, а также необходимостью подбора медико-педагогических и лечебных мероприятий. Отграничить психопатии от эндогенных психозов (как правило, шизофрении) помогает прежде всего динамика: психопатиям не свойственна прогрессиентность с неуклонным нарастанием дефицитарных психических проявлений и снижением уровня личности. Существенное отличие психопатий от невротозов заключается в том, что имеющиеся личностные расстройства, затрудняющие адаптацию, при психопатиях не воспринимаются их носителями как чуждые, не вызывают желания от них избавиться. Многие авторы отмечают, что психопатические личности не могут должным образом учитывать прошлое, прогнозировать будущее, предвидеть последствия содеянного, т.е. уровень критического отношения к своему поведению и возможности его коррекции у психопатических личностей недостаточны. Невротические проявления, как правило, вызывают у больных желание от них избавиться, больные озабочены своим состоянием, критически его оценивают, обращаются за медицинской или психологической помощью.

Терапия расстройств личности и поведения

Лечение расстройств личности и поведения — крайне сложная задача. Проблема в том, что психопатические личности почти никогда не осознают себя больными, а при некоторых видах психопатий — обижаются

при первом упоминании о возможном визите к врачу. Тем не менее, личностные и поведенческие расстройства требуют лечения, в первую очередь, чтобы предотвратить социальную дезадаптацию больного. Лечение психопатий следует начинать в детстве. Для этого необходимо уметь распознавать признаки различных патохарактерологических аномалий на более ранних этапах. Чем раньше будет распознано формирование аномального характера, тем больше шансов на успех применяемых медико-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию психопатических проявлений. У детей и подростков с аномалиями характера значительных успехов можно добиться с помощью правильно поставленных мер воспитания и обучения, как в семье, так и в дошкольных и школьных учреждениях.

Медикаментозная терапия в этом возрасте играет второстепенную роль. Лечение психотропными средствами наряду с педагогическим воздействием и психотерапией необходимо в периоды декомпенсации собственно патохарактерологических проявлений в виде фаз или реакций. Комбинация основных видов лечебного воздействия (социально-средовых, педагогических, психотерапевтических, медикаментозных) и правильное их сочетание усиливают лечебный эффект. Психотропные средства позволяют эффективно воздействовать лишь на отдельные проявления психопатий. Точкой приложения психофармакологических препаратов, по данным современных исследований, являются базисные, определяющие темперамент биогенетические структуры личности, тесно связанные с нейромедиаторными системами. Объектом психотерапии являются высшие, сформировавшиеся на платформе базисных патопсихологические структуры личности. При терапии широко используются препараты основных психофармакологических классов (транквилизаторы, антидепрессанты, антипсихотики, нормотимики).

Одно из ведущих мест в структуре многих психопатических состояний занимают различные аффективные расстройства. Назначение психотропных препаратов для устранения аффективной патологии или контроля эмоциональных проявлений должно проводиться с учетом особенностей их симптоматики и возможного общего действия на состояние больного. При депрессивных расстройствах применяют антидепрессанты всех известных групп в зависимости от структуры депрессивного синдрома. При тяжелых степенях депрессивных переживаний в структуре декомпенсации «глубоких психопатий» с суицидальными высказываниями и аутоагрессивными действиями больных показаны такие сильные антидепрессанты, как амитриптилин или миансерин (леривон), лучше парентерально. После купирования острых проявлений можно продолжать лечение путем перорального приема препаратов. Легкие и средние степени депрессивных расстройств можно лечить, используя такие препараты, как пиразидол, мапротилин (лудиомил), кломипрамин (анафранил), а также препараты новых поколений СИОЗС и СИОЗСН: миртазапин (ремерон), сертралин (золофт), циталопрам (опра), венлафаксин (велаксин) и др.

При тревожных состояниях, включающих фобические проявления в рамках личностных расстройств обсессивно-компульсивного типа, проводят терапию короткими курсами транквилизаторов (производные бензодиазепина: диазепам, клоназепам, феназепам, алпразолам и др.) и антидепрессантами (ТЦА, СИОЗС), которые при необходимости комбинируют с атипичными нейрорептиками-антипсихотиками: рисперидоном (рисполепт), оланзапином (зипрекса), кветиапином (серквел). Применение новейших нейрорептиков у больных с расстройствами личности и поведения предпочтительно, учитывая их лучшую переносимость и значительно меньший спектр побочных эффектов по сравнению с традиционными нейрорептиками.

«Точкой приложения» нейрорептиков при патологии личности, по мнению А.Б.Смулевича, являются взрывчатость, брутальность, нарушения в сфере влечений, наличие сверхценных идей и параноических реакций. С целью купирования подобных расстройств наряду с традиционными нейрорептиками (аминазин, галоперидол, трифтазин, азалептин и др.) используются и нейрорептики новых поколений. Широкое применение в лечении психопатий возбуждимого круга, в том числе формирующихся в подростковом возрасте, находят нейрорептики, относимые к «корректорам поведения»: тиоридазин (сонапакс) и перiciaзин (неулептил).

В последние годы в лечении психопатических расстройств получили распространение препараты из группы антиконвульсантов: карбамазепин (финлепсин), вальпроаты (депакин, конвулекс), ламотриджин (ламиктал). Механизм позитивного влияния препаратов данной группы связывают со стабилизацией эмоционального фона у больных (нормотимический эффект).

По общему признанию специалистов, ведущая роль в лечении расстройств личности и поведения должна принадлежать психотерапии, направленной на перестройку личностных установок больных, создание правильного понимания принципов построения своих отношений с окружающими. Лишь с помощью психотерапии можно изменить установки личности, внести коррекцию в ее представление о своем «Я» и помочь найти пути построения правильных межличностных взаимоотношений. Психотерапия может быть как индивидуальной, так и коллективной. Каждая из форм психотерапии имеет свои достоинства и недостатки.

Рациональной (когнитивной) психотерапии в лечении психопатических расстройств принадлежит незначительная роль. Ее применение ограничивается воздействием на частные поведенческие стереотипы при некоторых формах (главным образом при расстройствах тормозимого круга), так как никакими рациональными беседами и убеждением изменить болезненно деформированную структуру психопатической личности, как правило, не удастся.

В коллективной психотерапии могут участвовать лица, добившиеся улучшения состояния и достигшие компенсации психопатических расстройств. Их пример будет играть положительную, стимулирующую

роль для других. За рубежом, где до настоящего времени сильны психодинамические воззрения на природу личностных расстройств, их лечение проводится главным образом с помощью психоанализа. Цель такого лечения — выявление подсознательных комплексов, отреагирование их больным, коррекция поведения. Психоанализ проводится индивидуально месяцами и годами. С этими же целями применяется и психодрама. В специально разыгрываемых сценах, где больной может быть участником или только зрителем, представляются эпизоды из его ранней жизни для того, чтобы помочь ему отреагировать и изжить болезненные комплексы. Положительные результаты обусловлены не особыми приемами лечения, а вниманием, уделяемым больному, и как бы выявлением механизмов возникновения его болезни.

Профилактика психопатий начинается с правильного родовспоможения и других мер, проводимых в антенатальном периоде. Впоследствии большое значение имеет рациональное воспитание в семье и школе, предусматривающее по отношению к так называемым трудным детям ряд социальных и педагогических мер. Эффективность профилактики психопатий зависит как от общесоциальных условий жизни общества, так и от проведения специальных психогигиенических и медицинских мероприятий. Личность формируется в условиях активного влияния различных средовых социальных условий. На ранних этапах это семья, детский сад, школа, профтехучилище, институт и т.д. Следует понимать, что вопрос адаптации психопата в нормальной жизни определяется его профессией и окружением. Например, шизоидные психопаты хорошо приживаются в области фундаментальных наук, а истерические — в актерских профессиях. В то же время патологическая лживость, астения или паранойяльные черты сказываются отрицательно во всех случаях. Очень важны в подростковом возрасте меры, направленные на оптимальную профориентацию, предупреждение девиантных и делинквентных форм поведения.

Семейная психотерапия и трудовая адаптация приобретают при психопатиях ведущее значение. Несоответствие личностных параметров, профессиональных требований проявляется и в семейных конфликтах. Устранение этого несоответствия смягчает напряженность в супружеских отношениях. Необходимо проведение психокоррекционных мероприятий с привлечением психологов. Психологическое консультирование и всестороннее психологическое обследование, выявляющее уязвимые стороны личности и резерв индивидуальной переносимости различных условий и ситуаций, способствуют правильной социальной ориентации и снижают вероятность психопатических реакций и срывов. Прогноз психопатий определяется с осторожностью. При благоприятных условиях нередко наблюдается стойкая и длительная компенсация с сохранением трудоспособности. Однако в периоды возрастных кризов, а также в связи с психогенными и соматогенными воздействиями возможна патологическая динамика.

Глава 25.

РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

25.1. Границы нормы и патологии в сексуальной жизни человека

Сексуальное поведение человека отличается исключительным многообразием форм и видов. Стандартным сексуальным поведением являются сексуальные отношения между лицами разного пола, не состоящими в близком родстве и находящимися в одной возрастной группе (последний критерий может варьировать, но и для него установлены рамки). Все остальное — это нестандартное сексуальное поведение, которое может быть и болезненным, и не болезненным, и преступным, и не преступным. Между тем, сама сексуальная ориентация, в частности гомосексуальность, не рассматривается как расстройство, если она гармонично вписывается в структуру личности и социальное окружение.

Состояние современной сексологии свидетельствует, что вопрос о норме и патологии сексуальности человека на уровне медицинской практики непосредственно связан с морально-мировоззренческим контекстом культуры. Так, например, еще в 1965 и в 1975 гг. в Международной классификации болезней 8-го и 9-го пересмотров существовала рубрика «*половые извращения*», к которым были отнесены гомосексуализм, фетишизм, трансвестизм, эротомания и др., что отражало тот морально-правовой негативизм, который был исторической нормой для христианской европейской культуры вплоть до 1980-х годов XX в. Ценностно-мировоззренческие сдвиги в современной культуре привели к исключению понятия «половые извращения» в МКБ-10, принятой в 1993 г. Вместо него появились рубрики «Расстройство половой идентификации» и «Расстройство сексуального предпочтения (парафилии)». Введение термина «парафилия» (от греч. *παρά* — рядом и *φιλία* — любовь) как термина биомедицинского в качестве замены понятий «извращения» и «перверсии», ставших скорее юридическими обозначениями, отражает стремление глубже понять границы и механизмы человеческой сексуальности. Прежде все сексуальные отклонения, обозначаемые как *перверсии* или *девиации*, считались болезненны-

ми расстройствами и, кроме того, всячески осуждались с точки зрения морали. В настоящее время многие сексологи придерживаются мнения, что лишь часть девиаций носит явно патологический характер, а некоторые из них, например гомосексуализм, исключены из Международной классификации болезней (МКБ-10).

Среди критериев нормы сексуальной жизни человека выделяют:

- морально-этические (то, что соответствует морали данного общества);
- статистические (средние показатели, вычисленные на основании аналогичных показателей многих людей);
- конституциональные (совокупность относительно устойчивых физических и психических свойств человека, определяющих интенсивность сексуальных проявлений, т.е. половой темперамент);
- возрастные (учитывающие естественные различия возраста);
- индивидуальные (связаны с диапазоном приемлемости); и др.

Сексологическим институтом в Гамбурге разработаны следующие *критерии нормы сексуального поведения*: 1) гетеросексуальность (различие пола партнеров); 2) половозрелость партнеров; 3) добровольность связи (взаимное согласие); 4) стремление к достижению обоюдного наслаждения; 5) отсутствие физического и морального ущерба здоровью партнеров и других лиц.

Парафилия — достижение полового удовлетворения с помощью необычных или культурно неприемлемых стимулов. Термин «парафилия» ввел американский психиатр Б.Карпмен в 1934 г. Часто это обозначение используют как синоним понятия *сексуальные девиации* (франц. deviation от лат. deviare — сбиваться с пути) — другого обозначения различных отклонений от общепринятых форм полового поведения в рамках данной этнической культуры.

Парафилией называют состояние, при котором человек достигает полового возбуждения и удовлетворения в результате фантазий на тему какого-то необычного сексуального опыта, на котором оказывается сосредоточенным все его половое поведение. Определенные фантазии с их сознательными и бессознательными компонентами являются патогномичным элементом, причем сексуальная активация и оргазм тесно связаны с ними. Парафилия может быть связана с определенным сексуальным объектом (например, дети, животные, нижнее белье) или конкретным действием (например, причинение боли, непристойные телефонные звонки). Первый тип нарушения носит название *парафилии по выбору объекта полового влечения (либидо)*, второй — *парафилии, связанные со способом реализации полового влечения (либидо)*. Характер парафилии у конкретного человека обычно специфичен и неизменен.

Истинные парафилии чаще бывают врожденными и проявляются с первым пробуждением полового влечения. При истинной парафилии влияние фантазий и их поведенческих коррелятов простирается за область сексуальной сферы, пронизывая всю жизнь больного и нередко при этом нарушая социальную адаптацию. Человек настолько погло-

щен мыслями о том, как достигнуть сексуального удовлетворения, что это серьезно препятствует выполнению им своих основных обязанностей. Кроме того, сексуальная активность, выходящая за пределы парафилии, обычно перестает возбуждать его, если он не подкрепляет ее своими парафилическими фантазиями. В конечном итоге при истинных парафилиях извращенное влечение является единственно приемлемым или наиболее предпочтительным способом полового удовлетворения.

Вкрапления некоторых проявлений нестандартных видов полового поведения в неболезненные формы сексуальной активности возможны и не являются признаком патологии. Даже в стандартной сексуальности есть элементы садомазохизма, педофилии, эксгибиционизма, вуайеризма, трансвестизма, фетишизма, транссексуализма и др. К сексуальным отклонениям, не имеющим признаков безусловной патологии, относят *девиантные тенденции*, проявляющиеся лишь в мечтах и сексуальных фантазиях человека, но по тем или иным причинам никогда не реализуемые на практике. Выделяют также *девиантные элементы*, которые выполняют роль дополнительных стимулов, усиливающих сексуальное возбуждение индивида при половых контактах, либо являются для него только одной из возможных форм достижения сексуального наслаждения. У некоторых людей парафилии возникают только эпизодически, например, в период стресса или конфликта, при этом поведенческие расстройства, связанные с удовлетворением полового влечения, носят импульсивный (компульсивный) характер.

Сексуальные девиации отличаются от парафилий тем, что представляют собой непатологические отклонения от общепринятых норм полового поведения. Часть из них могут внешне выглядеть как парафилии, но они всегда бывают ситуационно обусловленными (отсутствие объекта для нормального влечения) или преходящими (транзиторными) в периоды гиперсексуальности. Однако в неблагоприятных условиях, становясь дурной привычкой, сексуальные девиации могут упрочиваться и постоянно сочетаться с нормальным половым функционированием или возобновляться всякий раз при вынужденном перерыве нормальной половой жизни, т.е. сексуальные девиации превращаются в *ложные парафилии*. При ложных парафилиях наряду с извращенным вполне возможно и даже может быть предпочтительно нормальное половое функционирование. Ложные парафилии всегда приобретенные, они возникают и могут упрочиваться в течение половой жизни. Однако четкую грань между истинными и ложными парафилиями удастся провести далеко не всегда. *Симптоматические парафилии* развиваются как одно из проявлений различных психических расстройств: шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии и др.

Считается, что парафилии чаще встречаются у мужчин, чем у женщин. Более 50% всех парафилий начинаются в возрасте до 18 лет. Проявление парафилий достигает максимума в возрасте от 15 до 25 лет и постепенно понижается. В возрасте старше 50 лет парафилические действия наблюдаются редко.

Сексуальные девиации

Онанизм (правильнее использовать термин «мастурбация»). Половое возбуждение и оргазм достигаются механическим раздражением половых органов рукой, трением о белье и т.д. Мастурбация обычно сочетается с сексуальными фантазиями. Считается, что в период полового созревания до начала половой жизни около 80% подростков мужского пола занимаются мастурбацией, причем часть из них совместной или взаимной, не тайком в одиночку, а со сверстниками.

Патологической мастурбация признается только в случае ее чрезмерной интенсивности (несколько раз в день) или когда она является единственным способом полового удовлетворения, исключаящим половые сношения с партнером. Патологическими следует считать и особо изощренные способы мастурбации (например, введение инородных тел в задний проход или в уретру), чаще наблюдаемые у психически больных или умственно отсталых.

Петтинг (от англ. pet — предаваться ласкам, обнимать) — удовлетворение полового влечения путем поцелуев, соприкосновения гениталий с совместным трением до оргазма. Нередко используется подростками и молодежью при внебрачных контактах, чтобы не разрушать девственную плеву.

Фроттеризм (от франц. frotter — тереть) — достижение полового возбуждения и оргазма путем трения о тело другого, обычно незаметно для последнего — в тесноте и давке, например, в транспорте. Если становится пагубной привычкой и сосуществует наряду с нормальной половой активностью, то может рассматриваться как ложная парафилия.

Промискуитет — непрерывная смена половых партнеров. Может превратиться в постоянную потребность, особенно если начинается в подростковом возрасте. В этих случаях неспособность удовлетвориться постоянной половой связью препятствует созданию прочной семьи. Промискуитет начинает соответствовать критериям ложной парафилии.

Групповой секс — половое сношение, в котором участвуют одновременно трое и более активных участников. Нередко сочетается с другими девиациями и парафилиями. Если участие в групповом сексе становится необходимым условием получения сексуального удовлетворения, то может рассматриваться как ложная парафилия.

25.2. Расстройства половой идентификации

Транссексуализм — нарушение половой (гендерной) идентичности, проявляющееся переживанием собственной принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное (соответствующее генетическому полу) формирование гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков, характеризующееся стремлением изменить свой пол хирургическим путем и жить по законам противоположного пола. Распространенность данного вида расстройств весьма редкая — один

случай на 30 тыс. населения у мужчин и 100 тыс. — у женщин. Эти данные могут не соответствовать реальной распространенности транссексуализма, поскольку основаны на сведениях об обращаемости к врачам по поводу смены пола.

Люди с нарушением половой идентификации, как правило, чувствуют дискомфорт, когда носят одежду своего пола, и поэтому одеваются в одежду противоположного пола. Подобное поведение отличается от трансквестизма, при котором переодевание используется для того, чтобы прийти в состояние сексуального возбуждения. У людей, подверженных транссексуализму, более глубокие причины для переодевания — это нарушение гендерной идентификации. Помимо переодевания, люди с транссексуализмом используют поведенческие характеристики другого пола, играют роли и занимаются деятельностью, традиционно ассоциирующейся с другим полом, что может обуславливать социальную дезадаптацию. Собственные гениталии производят на них отталкивающее впечатление, вызывая постоянное желание избавиться от своих первичных и вторичных сексуальных признаков и приобрести характеристики другого пола путем хирургических вмешательств. Пациенты порой самостоятельно начинают принимать половые гормоны (мужчины — эстрогены, женщины — тестостерон) с целью изменить свою внешность, приобрести соответствующий голос. Женщины бинтуют молочные железы, чтобы скрыть их, или прибегают к мастэктомии. Мужчины даже могут производить кастрацию, требуя последующей вагинопластики. Половое поведение чаще всего характеризуется асексуальностью, так как большинство больных, исходя из убеждения в принадлежности к противоположному полу, не желают быть гомосексуалистами и отказываются от неприемлемых для них сексуальных контактов. Поведение больных, вызванное расстройством половой идентичности, часто приводит к их социальной дезадаптации, следствием которой являются депрессивные реакции, в том числе сопровождающиеся суицидальными тенденциями, психопатизация личности, злоупотребление психоактивными веществами.

Этиология и патогенез

Выдвигались различные теории для объяснения этого расстройства, однако систематических исследований, подтверждающих выдвигаемые гипотезы, проводилось недостаточно и полученные результаты неоднозначны. Роль фактора наследственности пока оценить не удалось в связи с редкой распространенностью расстройства. Среди биологических теорий самой солидной представляется нейроэндокринологическая. Предполагается, что нарушения дифференцировки структур мозга, ответственных за половое поведение, в первую очередь гипоталамуса, приводят к искажению аутоидентификации и ощущению принадлежности к другому полу. Нарушения могут быть обусловлены различными экзогенными воздействиями в пренатальном периоде, в том числе перенесенными инфекциями, применением некоторых фарма-

кологических средств. Выраженность подобных нарушений варьирует в широких пределах, чем объясняется многообразие клинических вариантов транссексуализма. При этом обращает на себя внимание тот факт, что в случаях транссексуализма лиц биологически мужского пола наблюдается известное отставание в физическом развитии, обычно сочетающееся в более старшем возрасте с той или иной степенью психического инфантилизма. У лиц женского пола, наоборот, отмечается преимущественно ускоренное физическое развитие, а нередко и преждевременное психическое развитие. Некоторые исследователи считают, что в возникновении транссексуализма могут играть значительную роль условия воспитания детей в раннем (1,5–2,5 года) детском возрасте. Другие совершенно отрицают значение воспитания, утверждая, что никакие воспитательные меры не могут изменить половое самосознание. Половое воспитание практически не влияет на становление полового самосознания при ядерном выраженном транссексуализме, но оказывает положительное влияние при коррекции его крайних нерезких проявлений.

Диагностика транссексуализма

Независимо от того, является ли основная причина биологической, психологической или социокультурной, нарушение гендерной идентификации причиняет человеку глубокие страдания. Истинный транссексуализм характеризуется ощущением у больного собственной принадлежности к противоположному полу, желанием жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола. Как правило, у таких больных расстройства половой идентификации транссексуального типа наблюдаются уже в детском возрасте. Для диагностики данного расстройства необходимо существование стойкой транссексуальной идентификации по крайней мере в течение 2 лет.

Для избавления от дискомфорта, связанного со своим реальным анатомическим полом, больной стремится получить гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу. При этом у больного сохраняется осознание своей биологической половой принадлежности. Этим истинный транссексуализм отличается от других психических заболеваний, в первую очередь от бредовых форм шизофрении или каких-либо генетических или хромосомных аномалий, при которых нарушение половой идентификации может быть дополнительным признаком.

Терапия

В случаях более легких форм транссексуализма, хотя и имеется психическое чувство иной половой принадлежности, большая часть транссексуалов постепенно адаптируются, находя компенсацию в работе, привычках и поведении, свойственных противоположному полу. Например, женщины выбирают наиболее престижные мужские профессии: летчиков, капитанов дальнего плавания, следователей и т.д., —

что помогает им не только самоутвердиться, но и на равных общаться в мужском обществе. Профессия оправдывает их мужские привычки, манеру поведения, стиль одежды. При выраженных (ядерных) формах транссексуализма социальная адаптация практически невозможна без смены пола. Решение вопроса о смене паспортного пола является компетенцией специалистов: психологов, психиатров, — которые после комплексного обследования и динамического наблюдения дают соответствующее заключение. После определенного периода адаптации к новому паспортному полу возможна операция по изменению пола.

В период подготовки к операции больные проходят 1–2-годовой курс гормонального лечения. Мужчины получают эстрогены, в результате у них увеличивается грудь, уменьшаются вес тела, количество волос на лице и изменяется состав жиров. Аналогичным образом для многих женщин с таким расстройством прописывают мужской половой гормон тестостерон. Гормонотерапия и психотерапия позволяет многим людям, страдающим транссексуализмом, вести спокойное существование и играть ту гендерную роль, которая, как им кажется, представляет их подлинную идентичность. Для других этого все же недостаточно и их неудовлетворенность приводит к тому, что они подвергаются хирургической операции по изменению пола. Сама по себе операция для мужчин включает ампутацию пениса, создание искусственной вагины и пластическую хирургию по изменению лица. У женщин проводится двустороннее удаление молочных желез и удаление матки. В некоторых случаях выполняется процедура по созданию функционирующего пениса — фаллопластика. Длительный психологический эффект хирургической операции еще до конца не выяснен. Некоторые люди после этой процедуры достаточно успешно адаптируются, а у других возникают психологические проблемы, приводящие к различным невротическим и депрессивным состояниям, проявляющимся, в том числе, суицидальными тенденциями.

25.3. Расстройства сексуального предпочтения (парафилии)

Фетишизм — расстройство полового предпочтения, связанное с фетишем (какой-либо неживой предмет). Фетиш является самым важным источником сексуальной стимуляции и необходим для удовлетворительной сексуальной реакции, т.е. эрекции и эякуляции. Чаще всего фетишем служат предметы, которые надеваются прямо на тело — ранее одеванные белье, перчатки, чулки, обувь. Фетиш обычно символизирует объект любви, он помогает усилить яркость фантазий и добиться максимального полового возбуждения. Преодоление трудностей в достижении фетиша также доставляет наслаждение. Насильственное стремление к фетишу может быть мучительно для пациента и приводит его к нарушению социальных норм, например к воровству фетиша.

Как правило, встречается у мужчин. Может сопровождать как нормальную, так и патологическую сексуальность. Созерцание фетиша обычно сочетается с мастурбацией. Для достижения сексуального возбуждения и эякуляции могут производиться определенные манипуляции с предметом, служащим фетишем: поцелуи, прикладывание к половым органам и т.д. Фетишизм может относиться к ложным парафилиям, когда половая жизнь возможна и без фетиша, но чаще без него невозможно половое возбуждение.

Фетишистский трансвестизм — переодевание в одежду, особенно в белье, противоположного пола, сопровождаемое половым возбуждением. Этот вид трансвестизма чаще встречается у мужчин. Акция по переодеванию способствует или является единственно возможным средством достижения оргазма. Оргазм может достигаться как при мастурбации, так и при половом акте. После достижения оргазма и снижения полового возбуждения возникает желание снять одежду противоположного пола. У части больных переодевание обычно производится уединенно, сопровождаясь при этом чувством вины и страхом быть разоблаченным. Другие больные открыто используют женскую косметику и предметы одежды, доходя до полного гардероба, и чувствуют себя комфортно в субкультуре трансвеститов. Трансвестизм обычно начинается в детстве или в раннем подростковом возрасте. Внешний клинический синдром трансвестизма может начинаться и с запаздыванием, но более часто он начинается в пубертатном периоде. Настоящее переодевание в женскую одежду обычно не начинается до тех пор, пока субъект не сможет жить, где он хочет, и не достигнет относительной независимости от родителей. По мере того как проходят годы, некоторые из субъектов с трансвестизмом выражают стабильное желание одеваться и жить постоянно, как женщины. Обычно дело не ограничивается одной какой-либо вещью из одежды, а включает весь гардероб. Иногда отмечается поразительное сходство с женщиной, хотя обычно не в такой степени, как это отмечается при транссексуализме.

Фетишистский трансвестизм следует дифференцировать с транссексуализмом, при котором пациент чувствует, что принадлежит к другому полу, а также простым фетишизмом. Фетиш при трансвестизме используется таким образом, чтобы сделать внешность похожей на внешность, свойственную противоположному полу. Если мужчины не переодеты в женщин, они могут иметь чрезвычайную выраженность мужских черт во внешности и в своих занятиях.

Эксгибиционизм (от лат. *exhibito* — выставять напоказ) представляет собой повторяющееся побуждение и желание обнажить свои половые органы перед незнакомым и не ожидающим этого лицом. Встречается только у мужчин. Удовлетворение получают от того, что неожиданно показывают незнакомой женщине (в укромном месте, из которого невозможно бегство, в открытом окне) обнаженный половой член, обычно эрегированный. Особое наслаждение вызывает испуг на лице женщины. При этом намерение вступить в половой акт со «свидетель-

ницей» отсутствует. Обычно в период эмоционального стресса возникает напряжение и компульсивное желание демонстрации своих половых органов незнакомым людям. Субъект действует, подчиняясь этим побуждениям, или они сильно угнетают его. Сексуальное возбуждение появляется в предвкушении обнажения половых органов, во время этого события или после него совершается мастурбация, с помощью которой достигается оргазм.

В одних случаях эксгибиционизм начинает проявляться с периода полового созревания, в других — лишь в зрелом возрасте. Часто может сочетаться с нормальной половой жизнью, на фоне которой возникает неодолимое желание совершения эксгибиционистских действий. Удовлетворение от подобного акта несравненно сильнее, чем от нормального полового сношения.

В основе лежит биология доминирования, в которой демонстрация эрегированного полового члена связана со стремлением к самоутверждению, гиперкомпенсации собственной ущербности. Задача эксгибициониста — утвердить свою мужскую сущность. Показывая свой пенис и наблюдая реакцию жертвы — страх, удивление, отвращение, — эксгибиционист таким образом утверждает свою мужскую сущность, бессознательно чувствуя себя импотентом. Жены эксгибиционистов обычно играют доминирующую роль в отношениях, часто замещают больным мать, с которой у них отмечалась тесная связь в детстве.

К расстройствам, близким по сути к эксгибиционизму, относятся **звонки по телефону**. В ожидании звонка наблюдаются напряжение и активация, сопровождающаяся фантазиями сексуального содержания, а затем лицо, которое воспринимает сообщение (обычно случайная, незнакомая, ничего не подозревающая женщина), выслушивает порой скабрзные рассуждения на сексуальную тему. Во время этого разговора звонящий занимается мастурбацией, которая обычно заканчивается при прекращении телефонного контакта.

Встречается эксгибиционизм как симптом при шизофрении, хоре Гентингтона, лобных атрофиях, а также у некоторых психопатических личностей.

Вуайеризм (от франц. voyeur — зритель; синонимы — визионизм и скоптофилия) — влечение к разглядыванию чужих половых органов и особенно к подсматриванию за половым сношением между другими лицами. Чаше встречается у мужчин, сочетается с импотенцией. Подглядывание за половым актом, раздеванием или физиологическими отправлениями лиц противоположного пола сопровождается мастурбацией. Предшествует этому эмоциональное напряжение и последующее сексуальное возбуждение. Мастурбация может быть и при воспоминании о наблюдаемых событиях или фантазиях на эту тему.

Вуайерист не проявляет желания обнаруживать свое присутствие и вступить в половую связь с объектом наблюдения.

Как транзиторное явление вуайеризм встречается у детей и младших подростков. В более старшем возрасте бывает относительно редко,

связан с органической патологией головного мозга. Вполне возможной остается нормальная половая жизнь.

Педофилия (от древнегреч. *paides* — дети, *phileo* — любить) — представляет собой повторяющееся интенсивное сексуальное влечение или действия сексуального характера по отношению к детям младше 13 лет, которые продолжаются не менее 6 мес. Чаше наблюдается у мужчин, объектами педофилии чаще являются мальчики, чем девочки. Субъект, характеризующийся как страдающий педофилией, должен быть не моложе 16 лет и по меньшей мере на 5 лет старше, чем его жертва.

Реализация сексуальности, фиксированной на детях, может осуществляться в фантазиях, выборе профессий, связанных с работой с детьми. Иногда влечение выражено компульсивно, и некоторые пациенты могут обращаться к психиатрам в связи с жалобами на навязчивую сексуальную ориентацию на детей и подростков, которая особенно активизируется после наркотической и алкогольной интоксикации.

Истинная педофилия, описанная в романе В.Набокова «Лолита», встречается довольно редко. Обычно она является ложной парафилией. Наблюдается у лиц с умственной отсталостью, органическими заболеваниями головного мозга с преимущественным поражением лобных отделов, в том числе в пожилом возрасте вследствие атрофических процессов. В некоторых случаях наблюдается при гомосексуализме (в строгом смысле слова, «педерастия» должна относиться только к этим случаям педофилии, однако этим словом обозначают все половые сношения между мужчинами или только *coitus per anum*).

Связь с педофилией имеет такое явление, как **инцест** (от лат. *incestus* — кровосмешение, осквернение), хотя оно и не классифицируется как парафилия в истинном смысле. В качестве сексуального объекта выбирается собственный маленький ребенок, используются при этом обман или внешнее принуждение. Чаше встречается в семьях психически больных, у лиц с умственной отсталостью или снижением уровня личности и интеллекта, например, в связи с алкоголизмом. Согласно учению З.Фрейда, у ребенка 3—5 лет пробуждается влечение к родителю противоположного пола, которое затем подавляется, но существует подсознательно («эдипов комплекс» — по имени известного из древнегреческой мифологии царя Эдипа, влюбившегося в свою мать и из ревности убившего своего отца, не зная, что это его родители). Половые сношения между сыном и матерью обычно случаются, когда тот психически болен (чаще шизофренией) и принуждает мать к сожительству. В сношениях с дочерью инициатором чаще бывает пьяный отец, а пострадавшими — девочки 9—12 лет или в возрасте полового созревания. Если отец был первым сексуальным партнером в жизни, то влечение к нему может упрочиться (могут быть регулярные сношения отца с дочерью тайком от матери). Этому может способствовать ситуация, когда жена-мать не справляется со своей сексуальной ролью.

Садомазохизм — потребность во время полового сношения или перед ним причинять партнеру (или испытывать от него) физическую боль

или моральные страдания. Расстройство по типу садизма было названо по имени маркиза де Сада, французского писателя XVIII в., который несколько раз помещался в тюрьму за свои насильственные сексуальные действия по отношению к женщинам. Мазохизм берет свое название из творчества Леопольда фон Захер-Мазоха, австрийского романиста XIX в., чьи герои получают сексуальное удовольствие, когда женщины их оскорбляют и доминируют над ними.

Начало обычно приходится на возраст до 18 лет, большинство садистов — мужчины, среди мазохистов мужчины и женщины встречаются примерно с одинаковой частотой. Причиной садизма и мазохизма является потребность в отреагировании стремления к доминированию, тревоги, чувства вины.

В легкой степени садизм и мазохизм могут присутствовать и в нормальной половой жизни. При садизме сексуальный партнер получает удовольствие и разрядку сексуальности в стремлении причинять боль, унижать, ставить другого или других (гомо- или гетеросексуальный объект) в положение сублимации (зависимости) от себя. При мазохизме отношения партнеров носят характер, противоположный отношениям при садизме. Садизм и мазохизм могут сочетаться и чередоваться у одного лица: поведение заключается в смене позиции хищника на позицию жертвы или в их совмещении на протяжении одного сексуального контакта. Иногда расстройство ограничивается только садистскими или мазохистскими фантазиями. Истинной парафилией считаются тяжелые проявления расстройства, когда жестокие действия (бичевание, нанесение уколов, порезов, ожогов, побоев) становятся необходимым условием полового возбуждения и даже сами по себе приводят к оргазму. Сексуальный садизм иногда связан с изнасилованием, хотя последнее в большей степени является прямым выражением агрессии. Однако некоторые садистические насильники убивают свои жертвы после половых сношений с ними (так называемые убийцы, убивающие из-за страсти). В большинстве случаев в основе этих нарушений лежат расстройства шизофренического спектра.

Другие расстройства полового предпочтения. Встречаются другие варианты полового предпочтения и активности, каждый из которых является относительно редким. Сюда относятся такие виды активности, как стремление говорить непристойности наедине или в группе (*копролалия*), сексуальные действия с животными (*зоофилия*), использование удушья или аноксии для усиления полового возбуждения (*гипоксифилия*), предпочтение партнеров с какой-нибудь особенной анатомической аномалией, например с ампутированной конечностью (*стигматофилия*).

Экзотические виды полового предпочтения разнообразны, а многие редки. К ним относятся глотание мочи (*уринофилия*), пачкание испражнениями (*копрофилия*), использование клизмы как части сексуальной стимуляции (*клизмафилия*). Серьезную социальную опасность представляют лица, у которых отмечаются расстройства по типу *некрофилии*, в обыденной жизни чаще всего называемые «сексуальными маньяками».

Некрофилия является актом получения сексуального удовлетворения при сношении с трупами. Большинство страдающих некрофилией находят трупы для удовлетворения своих перверсий в моргах или в других местах. Некоторые из них вскрывают могилы. Иногда для выполнения этой перверсии совершаются убийства. Выяснилось, что лица, страдающие некрофилией, считают, что они наносят наиболее страшное из всех возможных оскорблений своим безжизненным жертвам. В большинстве случаев подобные парафилии имеют место либо в клинике шизофрении, либо на фоне резидуально-органического поражения головного мозга, в том числе перинатального периода.

Диагностика парафилий

Основными признаками являются:

- стойкие, многократно повторяющиеся сексуальные фантазии связанные с различными неодушевленными предметами, страданием или унижением самого человека или его партнера(ши), детьми, взрослыми людьми, не подозревающими о том, что они являются объектами парафильного влечения, и т.д.;
- половые дисфункции, такие, например, как нарушение эрекции или эякуляции при попытке сексуальной активности в отсутствие парафилических объектов;
- выбор профессии или хобби, которые позволяют больным постоянно соприкасаться с излюбленными эротическими стимулами (например, продают дамскую обувь или нижнее белье при фетишизме или работают с детьми при педофилии);
- другие сопутствующие проблемы, в том числе гетеросексуальная дезадаптация, алкоголизм, наркотическая зависимость, личностные нарушения, невротические состояния, депрессивные расстройства. Сопутствующие проблемы и связанные с ними психические расстройства наиболее часто являются причиной обращения больных за психиатрической или сексологической помощью.

Симптоматические парафилии и сексуальные девиации служат одним из проявлений психических расстройств. При шизофрении перверсии весьма разнообразны, иногда одна сменяет другую или они сочетаются. Их отличие — они появляются с началом заболевания и ослабевают или исчезают во время ремиссий. При органических поражениях головного мозга встречаются «неистовый онанизм» с криком, садизм с проявлениями агрессии и мазохизм. Во время маниакальных фаз гиперсексуальность может сочетаться с промискуитетом, транзиторным гомосексуализмом. При умственной отсталости могут наблюдаться эксгибиционизм, вуайеризм, педофилия. Особенности парафилий и девиаций при психопатиях зависят от их типа.

Перечень необходимых обследований:

- подробное анамнестическое обследование, по возможности с данными объективного анамнеза, позволяющего проследить динамику психосексуального развития;

- клинико-психопатологическое обследование, позволяющее выявить наличие или отсутствие психической патологии у пациента;
- сексологическое обследование;
- психологическое обследование с применением традиционных и специфических методик: при необходимости дифференциальной диагностики с органическими заболеваниями головного мозга проводится нейрофизиологическое обследование (ЭЭГ, РЭГ, М-Эхо).

Этиология и патогенез

Проведенные в последние годы исследования парафилий показали, что эта патология имеет свою определенную органическую базу, конституциональные предпосылки, нейрогуморальные и гормональные особенности. Эти сведения в целом подтверждают представления о нарушении психосексуального развития у носителей парафилий и доказывают преобладание задержанного или асинхронного психосексуального развития.

Истинные парафилии, вероятнее всего, имеют конституционально-наследственную предопределенность. У монозиготных близнецов, как правило, бывает полное совпадение по ряду парафилий, даже если они воспитывались в разных семьях. Существует предположение, что в основе истинных парафилий лежит какая-то гормональная дисгармония во внутриутробном периоде, а именно во время формирования гипоталамуса (4–7-я неделя беременности). Каких-либо достоверных гормональных нарушений во взрослом возрасте, тем не менее, не установлено. Попытки гормонотерапии безуспешны. С некоторыми органическими поражениями головного мозга связывают развитие садизма и мазохизма, а с поражением височных долей — фетишизма и трансвестизма.

Психоаналитическая теория З.Фрейда связывает развитие перверсий с детской сексуальностью, в которой выделяют фазы: оральную (сосание — в возрасте до 1 года), анальную (интерес к дефекации — в возрасте 1–3 лет), генитальную (с 4–5 лет), когда происходит формирование эдипова комплекса (аналогичные переживания у девочек иногда называют комплексом Электры — мифической девицы, влюбленной в своего отца). В 7–10 лет наступает период латентности, когда внешняя сексуальность мало проявляется, хотя психосексуальное развитие продолжается. Затем начинается половое созревание. Парафилии и сексуальные девиации, с позиций учения З.Фрейда, отражают фазы инфантильной сексуальности.

В генезе ложных парафилий важное значение имеют условно-рефлекторные механизмы. Особая роль отводится импринтингу (запечатлению) — стремительно быстрому образованию прочного условного рефлекса в начале жизни, в данном случае половой. Если первый в жизни оргазм возникает при взаимной мастурбации мальчиков или при соприкосновении взрослым гомосексуалом, то подобный способ его вызвать может прочно запечатлеться и обусловить гомосексуальное влечение.

Предметы, связанные с первым оргазмом, могут стать фетишем. Первый оргазм во время драки может способствовать садизму или мазохизму. Именно поэтому законы большинства государств оберегают малолетних, строго карая развратные действия с ними. Однако все случаи парафилий механизмом импринтинга объяснить не удастся. К тому же далеко не всегда первый оргазм обуславливает импринтинг раздражителей, с ним связанных.

Сексуальные девиации (промискуитет, групповой секс и др.) чаще бывают следствием влияния окружения.

Терапия

Истинные парафилии практически не поддаются коррекции. Терапия позволяет ослабить депрессивную реакцию, если собственная парафилия воспринимается как тягостная неполноценность. Следует учитывать, что частота суицидов среди страдающих перверсиями значительно выше, чем в общей популяции. Прогноз при ложных перверсиях и сексуальных девиациях значительно лучше: во многих случаях они поддаются психотерапевтической коррекции, а некоторые из них, проявляющиеся в период полового созревания, проходят сами при взрослении с началом нормальной половой жизни.

Условия лечения

Более предпочтительным следует считать амбулаторное лечение, не нарушающее привычный ритм жизни больных. Стационарное лечение показано при выраженной тяжести психического состояния больного, наличии критериев недобровольной госпитализации.

Принципы терапии

Терапия должна быть комплексной, включая фармако- и психотерапию, общеукрепляющее лечение.

Выделяют следующие последовательные этапы, на каждом из которых решаются свои задачи.

I этап — коррекция эмоционального фона и закрепление установки на лечение. Важное место при этом занимает нормализация соматических функций, оптимизация режима сна-бодрствования. При астенических явлениях используются препараты нейрометаболического действия, адаптогены. Для коррекции аффективных нарушений депрессивного круга используются анафранил (при наличии обсессивных расстройств), амитриптилин и лудиомил (при преобладании тревожных расстройств), препараты из группы СИОЗС. Транквилизаторы можно применять на короткое время для снятия тревоги и нормализации сна.

Психотерапевтическое лечение включает рациональную психотерапию, внушение в гипнозе и бодрствующем состоянии, самовнушение с использованием модифицированных методик самовнушения.

II этап — ослабление, а затем и устранение патологического сексуального влечения и связанных с ним переживаний. Особое внимание

уделяется устранению тенденций к самообвинению, формированию чувства уверенности в себе.

III этап — выработка адекватного эстетического восприятия лиц противоположного пола, правильного этического отношения к ним. Формируются и закрепляются навыки простого, естественного и непринужденного общения с лицами противоположного пола, адаптации в их среде.

IV этап — формирование и закрепление адекватного эротического отношения к лицам противоположного пола.

Основными методами психотерапевтического лечения являются внушение с применением гипнотических техник и в бодрствующем состоянии, самовнушение, модифицированный аутотренинг, рациональная психотерапия. За рубежом широко используются психоанализ и поведенческая (бихевиоральная) психотерапия. Наличие в структуре расстройства сексуального предпочтения психопатологических образований (бреда, признаков маниакального состояния и др.) служит основанием для назначения соответствующего психофармакологического лечения.

25.4. Расстройство половой идентификации и сексуального предпочтения у детей и подростков

Нарушение половой идентификации может наблюдаться уже в детском возрасте. Так же как и взрослые, дети с такими расстройствами чувствуют, что они должны были быть другого пола, и стремятся стать такими же, как и представители противоположного пола. Отклонения могут стать заметными с возраста 3—5 лет. Так, дети просят называть их именами и хотят носить одежду противоположного пола, мальчики охотно играют с девочками в куклы, девочки дерутся с мальчиками, играют в футбол и другие мальчишеские игры, в куклы и «дочки-матери» не играют, а если играют, то выполняют при этом роль отца. Попытки родителей уговорами или наказаниями изменить поведение детей-транссексуалов обычно не достигают цели. Конфликты со сверстниками, вызванные желанием утвердить себя представителем другого пола, достигают пика к 7—8 годам. До подросткового периода феминизированные мальчики подвергаются более негативному отношению со стороны сверстников, чем маскулинизированные девочки. Особенно резко усиливается стремление утвердиться в принадлежности к другому полу с началом активного функционирования половых желез. Подростки с ужасом отмечают рост гениталий и развитие вторичных половых признаков, противоречащих их самосознанию. Увеличение грудных желез и начало менструаций воспринимается девушками-транссексуалами как катастрофа. Формирующееся в подростковом возрасте половое влечение либидо обычно искажено: у женщин-транссексуалов оно возникает к женщинам, а у мужчин — к мужчинам. Внешне подобное

влечение воспринимается как гомосексуальное, но по сути таковым не является, находясь в соответствии с половым самосознанием.

Несмотря на признаки расстройства половой идентификации, отмечаемые уже в детском возрасте, большинство детей с нарушением гендерной идентификации не превращаются во взрослых транссексуалов. К подростковому возрасту эти расстройства могут смягчаться или исчезать, в особенности у девочек. Примерно в половине случаев в последующем формируются гомосексуальные ориентации, в большей степени у мальчиков. Типичным является исход именно в гомосексуальность, а не в транссексуализм, который обнаруживается лишь в 10% случаев.

Парафилии чаще всего начинают формироваться в подростковом возрасте и в подавляющем большинстве случаев сочетаются с нарушенным психосоциальным созреванием. В современной сексопатологии выделяют понятия сомато- и психосексуального созревания. Последнее не идентично понятию психического созревания и включает в себя такие компоненты, как формирование полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. Пубертатному периоду в норме соответствует формирование психосексуальных ориентации. В этот период происходит становление платонического, эротического и сексуального либидо. Психосексуальное созревание считается задержанным, если платоническое влечение формируется с 14–15 лет, и ускоренным — при появлении сексуальной активности у детей до 10 лет.

Бурное половое созревание при незрелости психики, неподготовленности сдерживающих механизмов само по себе может привести к появлению такого сексуального влечения, не патологического по существу, но ничем не сдерживаемого, вследствие недостаточности интеллектуального и волевого контроля, которое может стать причиной парафилии. По мнению В.А.Гурьевой, об истинных расстройствах влечений, лежащих в основе парафилий, можно говорить только тогда, когда констатируется определенная совокупность признаков: приступообразность, повторность, наличие в до- и постприступном периодах аутохтонных аффективных расстройств с головной болью, ощущением дискомфорта, быстро нарастающим чувством овладения побуждениями, недостаточный учет конкретной ситуации. Необходимо дифференцировать парафилию от свойственного подростковому периоду сексуального экспериментирования, при котором действие совершается ради новизны эффекта, а не стереотипно или компульсивно.

Глава 26.

ПАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

26.1. Основные стадии психического развития. Значение возрастных кризов. Концепция асинхроний развития (дизонтогенеза)

Под постнатальным онтогенезом принято понимать весь период развития человека от рождения до смерти.

В постнатальном онтогенезе выделяют несколько этапов развития психики человека. В процессе развития происходит усложнение психической деятельности, причем каждый этап завершается формированием именно тех качеств, которые определяют этот этап и в последующем являются основой для формирования новых более сложных качеств следующего этапа.

Существует достаточное число систематик, характеризующих возрастные этапы формирования психики в онтогенезе и охватывающих детский и подростковый возраст.

Авторы используют выделенные Г.К.Ушаковым периоды развития психики. Он писал, что при всей своей условности эта периодизация необходима для учета меняющихся качеств психики в онтогенезе, для разработки приемов воспитания и обогащения знаниями соответственно уровню развития, для понимания природы болезненных явлений психики, которые наблюдаются в разные возрастные периоды.

Психическая деятельность — это категория приобретенная. Врожденными и наследственно обусловленными являются биологические системы мозга, они и представляют собой биологическую основу формирования психической деятельности, которая развивается в связи с воздействием окружающей среды и отражением с помощью органов чувств реальной действительности и человеческого окружения.

При изучении формирования психики в постнатальном онтогенезе Г.К.Ушаков выделял две формы: с преобладанием образных субъективных категорий (образов, представлений) и безобразных субъективных категорий (понятий). Первая свойственна детскому возрасту и харак-

теризуется яркими образными фантазиями и воображениями, вторая — типична для лиц зрелого возраста.

В формирующейся психике ребенка выделяют следующие этапы: моторный — до 1 года, сенсомоторный — до 3 лет, аффективный — с 3 лет до 12, идеаторный — с 12 до 15 лет, авторы выделяют еще юношеский период — с 15–16 лет до 20–21 года.

Для первого этапа развития психики — **моторного** — характерно то, что на любой раздражитель у ребенка наблюдается двигательная реакция. Это двигательное беспокойство, нецеленаправленные движения в ответ на раздражение, крик и плач. Такая реакция возникает на чувство голода, неудобное положение, мокрые пеленки и т.д. Моторика ребенка совершенствуется на протяжении жизни, но в этот период именно двигательными реакциями проявляется общение с окружающими.

Для второго этапа — **сенсомоторного** — характерна более сложная двигательная активность, обусловленная ответами на различные сенсорные раздражители. Движения становятся более целенаправленными: ребенок поворачивает голову в сторону звука, тянется рукой к игрушке. С переходом ребенка в вертикальное положение, когда он начинает ходить, сенсомоторные реакции становятся более сложными, деятельность — целенаправленной. На основе сенсомоторных реакций формируются восприятие, внимание, аффективные реакции. Во время сенсомоторного этапа у ребенка накапливается запас представлений о происходящих событиях и появляется возможность сопоставлять реально воспринимаемые объекты с имеющимися о них представлениями.

Третьему этапу развития психики — **аффективному** — вначале характерна обобщенная аффективность в оценке окружающего и возникновении дифференцированного отношения к окружающим, исходя из удовлетворения или неудовлетворения его потребностей. Позднее вся деятельность ребенка сопровождается аффективной окраской восприятия событий, исходя из отношения к ним: приятные-неприятные, добрый-злой, желанный-нежеланный и т.п. Для этого периода характерны *лабильность* и нестойкость аффективных реакций, живость их и *непосредственность* реагирования.

Четвертый этап развития психики — **идеаторный** — начинается с обогащения ребенка понятиями, суждениями и умозаключениями. С этого периода у ребенка возникает возможность строить предварительный план действия.

У него появляется удвоенность реальности, т.е. он может оперировать объектами реально существующими и воспоминаниями. Постепенно возникают предпосылки для широкого использования абстрактных понятий, способность к построению гипотетических суждений, анализу их связи с практической деятельностью.

Юношеский период характеризуется категоричностью суждений и оценок поступков окружающих, трудностями принятия неформального компромиссного решения, гиперсоциальностью и следованием «правилам и догмам». Эти особенности, сохранившиеся у взрослых.

создают обычно трудности в общении с окружающими и прежде всего с близкими людьми.

К юношескому периоду на основе темперамента и сложившегося характера начинается формирование личности. Аффективность в этот период приобретает новые качества, появляются высшие человеческие эмоции — эстетические, этические.

В.В.Ковалев в основу этапов онтогенеза ставит психопатологические симптомы, характерные для определенного этапа развития, а Г.К.Ушаков показывает, какие именно психические функции развиваются во время выделенных этапов.

При относительно своевременном формировании этапов развития психики следует говорить о *синхронии* развития. Однако идеального развития психики не бывает, так как не существует однотипных условий жизни. В связи с этим чаще наблюдается *асинхронное развитие*.

Под влиянием различных факторов (длительная соматическая болезнь, неправильные условия воспитания, конфликтная ситуация в семье и др.), воздействующих на том или ином этапе развития психики ребенка, может затормозиться развитие определенных структур личности и нарушиться последовательность их формирования. При этом у взрослых лиц могут обнаружиться черты характера, свойственные именно этому периоду развития ребенка, в котором наблюдалось неблагоприятное воздействие.

Например, ребенок, переживший в аффективном периоде формирования психики длительную разлуку с родителями, уже будучи взрослым, обнаруживает склонность к аффективным реакциям, свойственным именно аффективному этапу формирования психики: чрезмерную аффективную лабильность, непосредственность реакций, впечатлительность и т.п.

Неблагоприятные для ребенка ситуации не проходят бесследно, даже если внешне не наблюдается явных нарушений психической деятельности в период их воздействия, однако они нарушают синхронность созревания структур личности. Наряду с этим другие структуры личности могут развиваться быстрее, опережая хронологические сроки их формирования.

Нарушение сроков формирования может наблюдаться как между отдельными структурами личности, так и между психическим и физическим развитием.

Так, в 1970-е годы отмечалось ускоренное физическое развитие по сравнению с психическим, рост и масса тела подростков превышали возрастные нормы, наряду с этим в психической деятельности обнаруживались черты *инфантилизма*.

Задержку развития или отставание в развитии одной или нескольких систем называют *ретардацией*.

При ускоренном развитии функциональных систем с опережением возрастных периодов, характерных для этой системы, говорят об *акселерации*.

При сочетании ретардации одних систем с акселерацией других отчетливо выступают проявления **асинхронии**.

В пубертатном периоде признаки асинхронии носят функциональный характер и обусловлены бурным развитием различных систем организма. После этого периода происходит постепенное уменьшение асинхронии.

У взрослого человека при психическом заболевании могут быть нарушены все четыре уровня психической деятельности (моторный, сенсомоторный, аффективный и идеаторный). У детей психические расстройства зависят от возраста. У ребенка не наблюдается таких расстройств, для формирования которых необходима определенная степень зрелости именно этой системы. Так, например, у детей аффективные и идеаторные системы не достигли степени зрелости, и в связи с этим не наблюдается типичных аффективных синдромов и бредовых состояний.

Возрастные периоды и возрастные кризы

При изучении заболеваемости в разные возрастные периоды было обнаружено, что существуют такие периоды, когда риск заболеваний значительно возрастает. Эти периоды получили название «возрастные кризы». Повышенная чувствительность и риск заболеваний в возрастные кризы обусловлены, с одной стороны, биологической перестройкой, формированием и развитием определенных структур жизнедеятельности, а с другой — появлением новых условий жизни и новых требований, предъявляемых к формирующейся личности.

Выделяют следующие возрастные периоды: младенчество — до 1 года, детство — до 11 лет, отрочество — 12–15 лет, юность — 16–21 год, зрелость — 22–50 лет, обратное развитие — 51–70 лет, старость — 70 лет и старше.

В клинической практике наиболее значимыми являются следующие возрастные кризы: парапубертатный, препубертатный, пубертатный и климактерический.

Парапубертатный возрастной криз приходится на возраст от 2 до 3,5 лет. Этот возраст характеризуется формированием фразовой речи, ребенок начинает пользоваться местоимением «Я». Это объясняется тем, что начинает формироваться самосознание, ребенок начинает выделять себя из окружающих явлений и предметов (аллопсихическое самосознание). Сравнительно быстрое формирование новых психических функций и физическое развитие предъявляют высокие требования ко всему организму, и это создает риск для различных заболеваний. В этом возрасте манифестируют эпилепсия, неврозы и другие заболевания.

Препубертатный возрастной криз охватывает возраст 7–8 лет. В этом возрасте физическое и психическое развитие связано с формированием общественных обязанностей в связи с началом обучения в школе и адаптацией к новым условиям. Этот период характеризуется совершен-

ствованием моторики, мышления и формированием соматопсихического самосознания. Недостаточная школьная адаптация, чрезмерные требования, предъявляемые к ребенку в этот период, могут привести к возникновению невротических реакций и протестным реакциям с отказом от посещения школы.

Пубертатный возрастной криз приходится на возраст 12–13 лет. В этом возрасте происходят перестройка желез внутренней секреции, типичные изменения, обусловленные половым метаморфозом подростков. Изменяется и социальный статус подростка, к нему предъявляются большие требования в связи с обучением в старших классах или в связи с приобретением специальности.

В этом возрасте меняется поведение подростков, возникают конфликты с родителями, учителями, появляются реакции протеста против опеки родителей, самоутверждение в жизни. Моторика становится неуклюжей, движения порывисты, подростки становятся крайне нетерпимы к замечаниям и советам. В этом периоде могут возникать эндогенные заболевания, невротические и психопатические реакции.

Следующий возрастной криз — **климактерический**.

В этот период наблюдаются увядание половой функции и изменения в эндокринной системе. Менопауза у женщин обычно сопровождается изменением самочувствия, повышенной утомляемостью, головокружением, головными болями, раздражительностью, «приливами», во время которых появляются чувство жара, дурноты, затруднения дыхания, потливость. Эти ощущения обычно преходящи, но в ряде случаев бывают выражены и продолжительны, поэтому помощь врача необходима.

В этом возрасте происходят изменения в трудовой и общественной деятельности, возникает вопрос о переходе на пенсию, сокращении объема работы, что создает определенную психологическую настроенность, мысли о приближающейся старости, утрате привлекательности и т.п.

В этот период могут обостряться имеющиеся ранее психические заболевания или впервые возникать, такие, как аффективные психозы.

26.2. Задержка темпа психического развития (замедление и искажение психического развития)

Больные с задержками темпа психического развития занимают промежуточное место между больными олигофренией и лицами с нормальным интеллектом. Кроме того, существуют врожденные легкие формы интеллектуальной недостаточности (детей с этими формами выделяют в группы малоодаренных, так называемых конституционально-глупых), некоторые формы психического инфантилизма и непрогредиентные варианты детского аутизма. Наряду с этим имеется большая группа лиц с легкой интеллектуальной недостаточностью, которая возникает под влиянием экзогенных факторов (вторичные задержки психического развития). В формировании этой патологии существенную роль игра-

ют различные психогенные факторы и дефекты анализаторов органов чувств, не дающие ребенку соответствующей информации, необходимой для полноценного развития мозга.

По Международной классификации болезней эти состояния определяются как «пограничная умственная отсталость» (IQ в пределах 70–80). Степень умственной недостаточности оценивается с помощью IQ (коэффициент интеллектуальности), который определяется психологическими методами (шкала Векслера для детей WISC). Его величина равна 100, что соответствует среднестатистической норме.

Задержки психического развития могут быть обусловлены эмоциональной депривацией (госпитализм, «приютские дети», сироты), педагогической запущенностью и социальной депривацией (дети из малокультурных семей, дети, воспитанные в логове зверя) и сенсорной депривацией (слепые, глухие, слепоглухие).

Эмоциональная депривация развивается вследствие такой жизненной ситуации, при которой субъекту не предоставлены условия для удовлетворения его основных (витальных) психических потребностей в полной мере и длительное время.

Примером эмоциональной депривации является *фрустрация*, при которой наблюдается блокада уже активизированной ранее удовлетворенной потребности. Примером фрустрации может быть лишение ребенка любимой игрушки без предложения взамен другой. Депривация — лишение игрушек вообще.

Клинические проявления

Обычно выделяют 4 группы задержек темпа психического развития или пограничной интеллектуальной недостаточности: дизонтогенетические формы, обусловленные задержанным или искаженным психическим развитием (варианты психического инфантилизма); формы, обусловленные органическим повреждением мозга на ранних этапах онтогенеза; интеллектуальная недостаточность, зависящая от дефицита информации в раннем детстве; интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектом анализаторов органов чувств.

Клинические проявления задержек развития разнообразны — кроме интеллектуальной недостаточности и незрелости психики обычно наблюдаются нарушения поведения и невротические симптомы.

Инфантилизм

Инфантилизм (от лат. *infantilis* — детский, младенческий) — патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и психического развития, с сохранением у взрослых людей черт характера, присущих детскому и подростковому возрасту.

Психический инфантилизм, или психическая незрелость, характеризуется наличием присущих детям особенностей суждений и поведения, повышенной внушаемостью, эмоциональной неустойчивостью, зависимостью от родителей и т.п.

Термин «инфантилизм» предложил французский ученый Е.Ш.Ласег в 1864 г. для определения задержки развития ребенка на более ранней ступени вследствие интоксикаций и инфекций, и для остающихся «детьми на всю жизнь». Позднее П.Лорен выделил три признака этого расстройства: тщедушность, грацильность и миниатюрность тела, с чертами детской наивности и беспомощности.

Г.К.Ушаков дал следующую характеристику психофизического инфантилизма: детскость, ограниченность, узость интересов, недостаточная самостоятельность в действиях и поступках. Впечатлительность у них преобладает над рассудочностью, суждения незрелы, логика эмоциональная, мышление конкретное, образное, недостаточная глубина аффективных переживаний, эмоциональная неустойчивость, легкая ранимость, хрупкость психики, нецеленаправленность деятельности, отсутствие творчества, временами беспомощность. Наряду с этим отмечается незрелость психомоторики и вегетативных реакций. Мимика неуверенная, выражение лица приветливо-доверчивое, по-детски милостивое, движения быстрые, многочисленные, порывистые (инфантильная двигательная расторможенность). Вместе с тем наблюдаются неуклюжесть, быстрая утомляемость при целенаправленной деятельности. У таких лиц возможны нарушения сна и аппетита, вазомоторная лабильность, повышенные потливость и зябкость. Среди личностных особенностей отмечаются черты незрелости, робости, нерешительности, неуверенности и тревожности.

Перечисленные особенности характерны для *гармоничного*, или *психофизического*, *инфантилизма*, который начинает выявляться с младших классов школы. У таких детей долго сохраняются игровые интересы, они предпочитают компании более младших школьников, отличаются детской бесцеремонностью, капризностью, наивностью при достаточном запасе знаний. Для гармоничного инфантилизма характерна относительно равномерная задержка как психического, так и физического развития. Наряду с этим типом инфантилизма выделяют ряд форм частичного инфантилизма, примером которого является психический инфантилизм с выраженной дисгармоничностью развития отдельных сторон личности, поэтому наиболее адекватным названием является «*дисгармоничный инфантилизм*».

Дисгармоничный инфантилизм характеризуется неравномерностью психического и физического формирования. Физическое развитие соответствует возрасту или наблюдается акселерация, наряду с этим в психическом развитии наблюдается несоответствие. Познавательные процессы обычно развиваются соответственно возрасту, т.е. своевременно формируется абстрактное мышление, однако эмоциональные и волевые функции задерживаются в своем развитии.

Выделяют так называемый *органический инфантилизм*, обусловленный ранним органическим поражением ЦНС. Для этого варианта инфантилизма характерны физические стигмы нарушенного развития. В отличие от дисгармоничного инфантилизма наблюдается недораз-

витие и познавательной деятельности с преобладанием конкретности мышления, истощаемости и взрывчатости.

Психический инфантилизм на фоне нормального или ускоренного физического развития обычно обнаруживается в среднем и старшем подростковом возрасте. У подростков задерживается формирование чувства долга, ответственности, умение гибко оценивать ситуацию, учитывать не только свои желания, но и требования окружающих, усваивать морально-этические нормы поведения и принципы. Для таких подростков характерно детское выражение лица.

В пубертатном возрасте выделяют два варианта психического инфантилизма: инфантилизм наблюдается с детства и в пубертатном возрасте обнаруживает проявления возрастной динамики; инфантилизм выявляется в пубертатном возрасте и обусловлен неравномерностью психобиологического созревания, для которого характерно длительное сохранение подростковой психики. Для этих больных характерны стремление к юношескому самоутверждению, задержка формирования чувства долга, ответственности, критической самооценки, сочетающиеся с оппозиционностью и критицизмом, снижением способности к социально адекватной деятельности. Для лиц с этим инфантилизмом свойственны нарушения поведения и адаптации, более четкие, чем при первом варианте.

Принято считать, что психофизический и дисгармоничный инфантилизм является эндогенным, но не исключена генетическая обусловленность. С возрастом проявления инфантилизма становятся менее заметными, но полностью не исчезают.

Психический инфантилизм у взрослых характеризуется следующими особенностями личности: наивностью и прямодушной восторженностью, эгоизмом и эгоцентризмом, эмоциональной лабильностью и ярким фантазированием, формально обязательным исполнением долга и подчиняемостью, беззаботностью и равнодушием, неустойчивостью интересов и отвлекаемостью, обидчивостью и впечатлительностью, робостью и застенчивостью.

Эти систематизированные признаки инфантилизма имеют большое значение при оценке пограничных расстройств, патохарактерологических реакций и психопатических форм поведения.

Соматогенный инфантилизм может наблюдаться у детей и подростков в связи каким-либо хроническим длительным заболеванием, когда дети надолго прикованы к постели или лишены двигательной активности. Раньше это наблюдалось при туберкулезе, особенно костном. В настоящее время к инфантилизации приводят хронические аллергологические заболевания (бронхиальная астма, нейродермиты).

При соматогенном инфантилизме наблюдается отставание в развитии костно-мышечной системы и моторики. Психические черты касаются навыков и умений, отсюда у этих подростков беспомощность и зависимость от старших, тяготение к обществу малышей (Личко А.Е., 1985).

Задержки развития в связи с ранним органическим поражением головного мозга

Для этой формы задержек характерно неравномерное недоразвитие интеллекта, причем больше страдают внимание и память. Интеллектуальная недостаточность сочетается с психопатоподобными расстройствами в виде двигательной расторможенности, эмоциональной лабильности, характерна астеническая симптоматика с быстрой истощаемостью и пресыщаемостью. Эти особенности способствуют замедлению психического развития и школьной дезадаптации.

Психогенно обусловленные задержки развития

Наиболее отчетливым проявлением психогенной задержки развития является госпитализм, под которым понимают психические расстройства, возникающие у детей при эмоциональной депривации (длительное пребывание ребенка в больнице для хроников, разлука с родителями, нахождение в доме ребенка, в закрытом интернате, в яслях с недельным круглосуточным пребыванием). В этих случаях для задержки развития имеет значение не только эмоциональная депривация, но и дефицит информации.

Задержка развития в связи с педагогической запущенностью наблюдается при безнадзорности, отсутствии условий для обучения ребенка, при жизни в условиях эмоциональной изоляции и информационного голода. При создании благоприятных условий для обучения и воспитания возможна обратимость расстройств.

Инфантилизм как следствие *неправильного воспитания* возникает при сочетании двух его типов: доминирующего (чрезмерная опека) и потворствующего («кумир семьи»). При этом наблюдаются стремление родителей избавить ребенка от всех видов самообслуживания, оградить от сверстников из-за страха дурного влияния, потакание различным прихотям, все это приводит к задержке развития двигательных навыков и умений, неловкости, недостаточной физической силе, неумению общаться со сверстниками, неспособности сдерживать свои желания, что приводит к тяготению подростков к детям младшего возраста, перед которыми легче маскировать свою несостоятельность (Личко А. Е., 1985).

Задержки развития при сенсорной депривации

Задержки развития при сенсорной депривации (глухота, слепота) имеют некоторые особенности и различия. Так, при глухоте наряду с интеллектуальной недостаточностью наблюдаются эмоционально-волевая незрелость, несамостоятельность, наивность, внушаемость, подражательность наряду с тормозимостью и необщительностью, склонность к реакциям протеста. Эти особенности отчетливо проявляются с начала обучения в школе.

У слепых чаще страдает двигательная активность, имеют место заторможенность и замедленность движений, двигательные стереотипы.

В мышлении выявляются вязкость, обстоятельность, склонность к де-тализации, инертность психических процессов и истощаемость.

Выделяют характерный *для слепых* депривационный синдром, включающий (В.Ф.Матвеев):

- массивную невротическую симптоматику;
- двигательные стереотипии;
- феномен патологического фантазирования;
- стойкие идеи отношения;
- ипохондрические сверхценные идеи;
- разнообразные и рано возникающие патохарактерологические реакции;
- стремление к одиночеству.

Депривационный синдром у *глухих* представлен следующими признаками:

- ретардация психического развития в результате непонимания речи окружающих людей;
- массивная невротическая симптоматика в препубертатном и пубертатном возрастных периодах;
- паранойяльные идеи отношения;
- повышенная ипохондричность;
- стремление к одиночеству;
- патохарактерологические реакции, которые возникают в препубертатном и пубертатном возрастных периодах.

Этиология и патогенез

В качестве причин нарушения психического развития рассматриваются различные пре- и перинатальные вредности (инфекции, интоксикации, другие виды патологии беременности и родов). Развитие психических функций ребенка происходит в определенные возрастные периоды, и если он не получает в это время соответствующей информации и отсутствуют условия для ее восприятия, то развитие его может настолько затормозиться, что возникает подозрение о психическом недоразвитии.

Для уточнения диагноза имеют значения сведения об особенностях воспитания. Если воспитание было правильным, проходило в хороших бытовых условиях, то это свидетельствует против временной задержки психического развития.

Воспитание в неполной, социально неблагополучной семье, в детских учреждениях с недостаточно правильной воспитательной работой часто приводит к эмоциональной и сенсорной депривации. Такая обстановка нарушает последовательность этапов развития ребенка, приводит к недостатку знаний, бедности познавательных интересов. Однако в отличие от детей с психическим недоразвитием у детей с задержками развития сохраняется способность к усложнению процессов мышления, обобщениям, они в интересующих их ситуациях инициативны, используют помощь в решении заданий, достаточно хорошо ориентируются в житейских ситуациях.

Если дети с задержками психического развития оказываются в благоприятных условиях, то их отставание может постепенно выравниваться, что является подтверждением правильной оценки состояния.

Лечение, профилактика и прогноз

При этих формах патологии особую роль играют лечебно-коррекционные и реабилитационные мероприятия. Требуются специальные формы обучения и воспитания с учетом имеющегося у ребенка дефекта. Показано проведение общеукрепляющих мероприятий и назначение лекарственных препаратов — как ноотропов, так и корректоров поведения — при психопатоподобных нарушениях.

При задержках психического развития прогноз более благоприятный, чем при олигофрении. Раннее выявление задержки психического развития и проведение лечебно-педагогической коррекции обычно приводит к ускорению развития психических способностей у этих лиц.

Экспертиза

Решение экспертных вопросов зависит от выраженности психического инфантилизма, зрелости суждений и способности оценивать происходящие события.

Показателем глубины психической незрелости (критерии невменяемости) являются: задержка созревания всех сфер психики, выраженная внушаемость и подражательность, слабость интеллектуального и волевого контроля, инфантильность мотивации, отсутствие борьбы мотивов при принятии решения, нарушение способности к прогнозированию, критике, неуправляемость поведения (В.А.Гурьева).

26.3. Ранний детский аутизм

Впервые ранний детский аутизм (РДА) описан Л.Каннером в 1943 г. и И.Аспергером в 1944 г.

Распространенность — 30–40 случаев на 100 000 детей, у мальчиков встречается в 3–4 раза чаще, чем у девочек.

Аутистические расстройства относятся к группе общих расстройств психического развития, характеризующихся качественными аномалиями в социальном взаимодействии и общении, ограниченным, стереотипно повторяющимся набором интересов и деятельности. Выделение этой группы расстройств в качестве самостоятельной до настоящего времени остается дискуссионным. Требуется проведение дифференциальной диагностики с ранними детскими формами шизофрении и ядерными формами расстройств личности (аутистической или шизоидной психопатией). Раннее начало детского аутизма и его клинические проявления типичны для врожденных задержек психического развития, а отсутствие в большинстве случаев выраженных позитивных симптомов и явной прогрессивности, а также частичная компенсация к возрасту 6 лет служат основанием для отнесения детского аутизма (синдрома

Каннера) к нарушениям развития, протекающим по типу асинхронного дизонтогенеза.

Проявления РДА имеются в первые 3 года жизни, при этом обычно не бывает предшествующего периода нормального психического развития. Синдром детского аутизма приобретает наиболее завершенную форму в возрасте 3—5 лет. В большинстве случаев к этому времени определяются окончательная задержка развития инстинктивной жизни, моторики, особенно тонкой, нарушения речевого развития, игровой, эмоциональной сферы, которые и формируют аутистическое поведение в целом. Особенности РДА являются относительная сохранность абстрактных форм познания действительности, которые в этих случаях сочетаются с примитивными протопатическими формами, т.е. познанием с использованием преимущественно тактильного, обонятельного и вкусового рецепторов, особенно в первичных ориентировочных реакциях. Такие реакции на звуковые и световые раздражители в раннем возрасте могут отсутствовать или быть резко извращенными. Отсутствие указанных реакций дает повод подозревать у аутичных детей глухоту и даже слепоту.

Всегда выявляются качественные нарушения социального взаимодействия, вызванные отсутствием у ребенка адекватных эмоциональных реакций на эмоции окружающих и серьезными затруднениями в общении. Это проявляется в отсутствии социального использования имеющихся речевых навыков и уклоняющемся поведении при попытках окружающих вступить в контакт. Поведение стереотипное, отмечается стремление устанавливать раз и навсегда заведенный порядок в привычках и играх. Детям с аутизмом не хватает инициативности и творчества в организации досуга.

После достижения ребенком возраста 5—6 лет проявления синдрома аутизма частично компенсируются и сглаживаются, но это менее всего касается нарушений умственного развития. У детей нередко формируется выраженный олигофреноподобный дефект с аутистическими формами поведения. Иногда на фоне основных проявлений синдрома аутизма возникают неврозоподобные, аффективные, кататонические или полиморфные расстройства, которые утяжеляют прогноз. Отмечаются страхи, нарушения сна и приема пищи, возможны вспышки раздражения и гнева. Имеет место склонность к самоповреждениям (кусание рук, особенно запястий), чаще наблюдаемая при умственной отсталости.

К., 4 года 7 мес., страдает ранним детским аутизмом. Речь отсутствует, инструкции не выполняет. Преобладает отрицательный фон настроения. При невыполнении ее желаний начинает кричать. Симбиотическая связь с мамой. Навыки самообслуживания отсутствуют. Трудности с горшком, сама в туалет не просится. Ложкой не пользуется, из чашки пьет. В игрушки не играет, обнюхивает предметы, скрипит зубами. При дискомфорте наблюдается аутоагрессия: стучит головой о стену, кусает кулаки или бьет ими по голове.

М., 7 лет, страдает тяжелой формой раннего детского аутизма. Поведение отличается крайней дезорганизованностью, хаотичностью, отсутствием произвольной, спонтанной деятельности, практической невозможностью произвольного сосредоточения. Экспрессивная речь отсутствует, импрессивная речь доступна; может выполнять простые инструкции. Большое количество моторных и звуковых стереотипий (раскачивание тела назад и вперед, маховые движения руками, хлопанье в ладоши, бормотание). Навыки самообслуживания практически отсутствуют. Существует симбиотическая связь с отцом, в его присутствии и при его поддержке может писать и читать, при этом проявляя высокие интеллектуальные способности, хорошую память и способность анализировать собственное состояние. С 6 лет с мальчиком проводилась психологическая коррекционная работа по эмоциональному и интеллектуальному развитию, принесшая заметные результаты, однако уровень его социально-бытовой адаптации до сих пор крайне низок. Предоставленный сам себе, он слоняется по комнатам, раскачивается, засовывает в рот попадающиеся под руку предметы.

Проявления дефекта при аутизме меняются в зависимости от возраста ребенка, но и в зрелом возрасте сохраняются социальные проблемы, проявляющиеся в трудностях общения и ограниченности интересов. При аутизме наблюдаются разные уровни умственного развития, но в 3/4 случаев выявляется умственная отсталость.

Выделяют **атипичный аутизм**, который отличается возрастом начала и отсутствием одного из признаков (социального взаимодействия, общения, ограниченного стереотипного повторяющегося поведения). Атипичный аутизм возникает у детей с глубокой умственной отсталостью.

Л. Каннер, И. Аспергер, В. В. Ковалев выделяют **органический вариант** раннего детского аутизма. Очерченные проявления этого аутизма наблюдаются в раннем и дошкольном возрасте.

Синдром Ретта — прогрессирующая энцефалопатия, встречающаяся почти исключительно у девочек; описана А. Реттом в 1966 г. Распространенность 1:10 000—15 000 детского населения.

При синдроме Ретта после периода нормального развития в раннем возрасте появляется парциальная или полная потеря мануальных навыков и речи. Это сопровождается замедлением роста головы. Начало заболевания приходится на 7—24-й месяцы. Социальное и игровое развитие задержано, но сохраняются социальные интересы. Диагноз основывается на отсутствии целенаправленных движений рук, замедлении роста головы, атаксии, стереотипных движениях по типу «мытья рук». Ухудшение двигательных функций в динамике подтверждает диагноз.

Синдром Аспергера клинически напоминает типичный аутизм, но отличается сохранной интеллектуальной деятельностью. Диагноз основывается на наличии качественных нарушений в социальном взаимодействии и ограниченных повторяющихся стереотипных формах поведения, интересов и занятий при достаточно сохранной интеллектуальной деятельности.

Этиология и патогенез

Общепринятой концепции этиологии и патогенеза РДА не существует. Наиболее распространенные представления о причинах его развития делятся на две группы — теории психогенеза и биологические теории.

Теории психогенеза в качестве приоритетных рассматривают взаимодействие в системе мать—ребенок, которое неразрывно связано с различными раздражителями, столь необходимыми для созревания функций ЦНС. Значение придается отсутствию в раннем детстве (со времени рождения) материнского тепла и внимания и общей аффективной положительной атмосферы. По-видимому, полностью психосоциальными взаимодействиями объяснить развитие раннего детского аутизма вряд ли возможно, однако нельзя не признать, что они, несомненно, играют значительную роль в патогенезе заболевания.

Биологические теории. В группу этих теорий входят генетические концепции, теория нарушения развития мозга, теории, связанные с действием перинатальных факторов, а также нейрохимические и иммунологические концепции. Наиболее распространенной среди них является генетическая теория. В пользу особой роли генетических факторов при раннем детском аутизме свидетельствуют данные о конкордантности по детскому аутизму в парах монозиготных близнецов. По данным разных авторов, она колеблется от 36 до 89%, в то время как в парах дизиготных близнецов равна нулю. Несмотря на наличие столь убедительных данных о существенной роли наследственных факторов в развитии раннего детского аутизма, механизм наследования остается неизвестным. Допускается возможность наследования не самого заболевания, а предрасположенности к нему.

Теории, в которых наибольшее значение придается отклонениям в развитии мозговых структур, основаны как на сугубо теоретических представлениях о незрелости мозговых образований, так и на нейроанатомических и компьютерно-томографических данных последних лет. К патогенетически значимым относятся различные негативные воздействия перинатального периода: кровотечения у матери во время беременности, употребление ею избыточного количества лекарственных веществ, другие токсические и инфекционные воздействия на плод.

Нейрохимические теории ориентированы на функцию дофаминергической, серотонинергической и опиатной систем мозга. Результаты ряда биологических исследований дали основание предполагать, что функция этих систем при раннем детском аутизме повышена. Считают, что с их гиперфункцией могут быть связаны многие клинические проявления заболевания (аутизм, стереотипии и др.). О правомерности таких предположений свидетельствует успешное применение во многих случаях галоперидола, антидепрессантов и налтрексона.

Терапия

Специфической терапии аутистических расстройств не существует, поэтому лечение носит преимущественно симптоматический характер.

Основная цель лечения этих больных — воздействие на психопатологические симптомы и связанные с ними нарушения поведения, а также соматоневрологические проявления заболевания, стимуляция развития функциональных систем: когнитивных функций, речи, моторики, необходимых навыков или поддержание их сохранности, создание предпосылок и возможности обучения. Используются фармакотерапия (психо- и соматотропные средства), психотерапия, физиотерапия и методы психолого-педагогической коррекции. Фармакотерапия у больных детским аутизмом показана при выраженной агрессивности, самоповреждающем поведении, гиперактивности, стереотипиях и расстройствах настроения. В этих случаях используются нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты и седативные препараты.

В силу специфики данного нарушения развития необходимы также особые принципы обучения аутичного ребенка, учитывающие его общие и индивидуальные особенности. Коррекционная работа направлена главным образом на развитие эмоционального контакта и взаимодействие ребенка со взрослым и со средой, аффективное развитие, формирование внутренних адаптивных механизмов поведения, а это, в свою очередь, повышает общую социальную адаптацию аутичного ребенка. Помимо психиатров, с детьми, больными аутизмом, должны заниматься психологи, дефектологи и другие специалисты, работающие в специальных детских учреждениях или отделениях больниц. За рубежом наибольших успехов в области социально-бытовой реабилитации людей с детским аутизмом достигли сторонники поведенческой терапии.

Глава 27.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (ОЛИГОФРЕНИИ)

Общим признаком олигофрении является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3 лет) психического недоразвития с недостаточностью интеллектуальных способностей, интеллектуальный коэффициент (IQ) у которых ниже 70 баллов. Умственная отсталость в популяции колеблется в пределах от 1 до 3% населения.

Этиология и патогенез

Выделяют две формы умственной отсталости — обусловленную наследственностью и различными экзогенными факторами, которые включают как всевозможные повреждения мозга, так и социальные воздействия. У монозиготных близнецов конкордантность умственной отсталости достигает 90%, у дизиготных составляет меньше половины, что указывает на роль наследственного фактора.

Наиболее выраженные уровни умственной отсталости наблюдаются при рецессивном типе наследования (при метаболических заболеваниях с нарушением обмена веществ: фенилкетонурия, галактоземия, гаргоилизм и др.).

При доминантном наследовании мутантный ген проявляется в гетерозиготном состоянии и его действие в определенной степени компенсируется полноценными аллелями — в этих случаях больными бывают половина детей и один из родителей.

В генезе олигофрении играют роль хромосомные aberrации.

Другая группа обусловлена различными экзогенными факторами, которые могут воздействовать на мозг ребенка во время беременности, родов и в первые 3 года жизни.

Влияние на плод могут оказывать соматические, чаще хронические, заболевания, инфекции, употребление лекарственных препаратов, алкоголя, наркотиков, токсикозы беременных, родовые травмы, асфиксия в родах. В первые годы жизни имеют значение нейроинфекции (менингиты и менингоэнцефалиты), черепно-мозговые травмы.

Пороки развития делятся на *гамеопатии*, при этом происходит повреждение репродуктивных клеток родителей до оплодотворения,

бластопатии — поражение зародыша на стадии бластогенеза (до 4 нед. беременности), *эмбриопатии* — поражение в период эмбриогенеза (4 нед. — 4 мес. беременности), *фетопатии* — поражение плода от 4 мес. до конца беременности.

Неблагоприятные воздействия в период бластогенеза приводят к грубым нарушениям всего организма плода, при эмбриопатиях чаще наблюдаются хромосомные aberrации и биохимические изменения, при фетопатиях — нарушения формирования мозга, особенно его сложных структур.

Социокультуральная депривация, особенно в первые годы жизни ребенка, может вести к нарушениям психического развития. Это подтверждается теми редкими случаями, когда дети воспитываются вне человеческого общества (дети-«маугли»).

Клиническая картина

Общими клиническими признаками олигофрении являются недоразвитие как интеллектуальной деятельности, так и всей психики в целом; при общем психическом развитии на первый план выступает недоразвитие абстрактного мышления и логической памяти.

На 1-м году жизни выявляется задержка моторного развития (дети поздно начинают сидеть, ходить), обнаруживается недостаточность эмоционального и зрительного реагирования на окружающее.

В 2—3 года умственная отсталость проявляется в задержке речи, отсутствии эмоциональной живости и активности в игровых процессах у дошкольников, игры остаются простыми, эмоции бедными, речь с малым запасом слов, с фонетическими нарушениями. В школьном возрасте обнаруживается неспособность справляться с учебной программой. В этом возрасте возможны состояния декомпенсации с нарушениями поведения, ранняя алкоголизация, бродяжничество, гиперсексуальность, возможны депрессивные и психотические состояния, судорожные припадки.

27.1. Степени умственной отсталости

Легкая степень умственной отсталости (дебильность)

IQ 50—69 баллов, соответствующий дебильности у лиц с умственной отсталостью наблюдается в 75% случаев. При дебильности наблюдается неспособность к отвлеченному, абстрактному мышлению. Часто наблюдается невозможность использования опыта в новой ситуации, страдает логически-смысловая память. Но при хорошем внимании и хорошей механической памяти дети способны к обучению по специальной программе вспомогательной школы, которая основана на конкретно-наглядных методах обучения. Такие дети овладевают определенными трудовыми навыками и могут проявлять самостоятельность в несложных трудовых процессах. Несмотря на недоразвитие двигательной

сферы (неуклюжесть, угловатость), бедность эмоциональных реакций, по мнению Б.А.Леденева, умственное недоразвитие с годами становится менее заметным, повышается уровень отвлеченного мышления и обиходная речь становится мало отличимой от речи полноценных подростков. При легкой дебильности возможна социальная адаптация с приспособлением их к ряду несложных профессий.

Умеренная (IQ 35–40 баллов) и тяжелая (IQ 34–20 баллов) умственная отсталость (имбицильность)

Данные степени умственной отсталости встречаются в 20% случаев. Мышление имбицилов конкретно-действенное, непоследовательное, тугоподвижное. Образование отвлеченных понятий недоступно. Запас сведений ограничен бытовыми и повседневными вопросами. Наблюдается резкое недоразвитие восприятия, внимания и памяти. К школьному обучению и систематическому труду неспособны. Обучение и реабилитация направлены на овладение навыками самообслуживания. Нуждаются в постоянном надзоре и признаются инвалидами детства. Имбицилы легко дают неадекватные реакции, бывают злобны и агрессивны, у некоторых отмечается повышение и извращение влечений и склонность к подражательности, что может привести к асоциальному поведению.

Глубокая умственная отсталость (идиотия)

IQ менее 20 баллов. У таких детей отсутствуют мышление и память. Речи практически нет, могут произносить отдельные слова или нечленораздельные звуки. Реакции на окружающее снижены, эмоции элементарны, определяются чувством удовольствия и неудовольствия. При идиотии наблюдаются грубые дефекты физического развития и неврологические расстройства. Жизнь их протекает на инстинктивном и безусловно рефлексном уровне. Навыки опрятности и самообслуживания не вырабатываются. Они нуждаются в постоянном уходе и надзоре.

27.2. Дифференцированные формы умственной отсталости

27.2.1. Олигофрении, обусловленные поражением хромосомного аппарата

Болезнь Дауна

Заболевание впервые описано Дауном в 1866 г. Частота болезни Дауна среди новорожденных составляет 1:600–800. В 1959 г. в кариотипе детей с болезнью Дауна обнаружили трисомию по 21-й хромосоме. В последующем при цитогенетическом исследовании были выявлены три варианта аномалий кариотипа: регулярная трисомия, мозаицизм (одни

клетки имеют нормальный кариотип, другие — трисомию по 21-й паре хромосом) и несбалансированная транслокация.

При *регулярной трисомии* (95% всех случаев болезни Дауна) в кариотипе выявляется 47 хромосом. Дополнительная 21-я хромосома обнаруживается во всех клетках культуры.

Мозаичные варианты составляют 2%. Женщины с этим вариантом кариотипа могут иметь как нормальных детей, так и с регулярной трисомией по 21-й хромосоме.

Транслокационный вариант болезни Дауна в половине случаев имеет наследственный характер и зависит от возраста матери, считается, что большее значение имеет возраст бабушки к моменту рождения матери больного ребенка.

При болезни Дауна отмечаются недоразвитие лобных долей и мозжечка, недостаточность развития извилин и другие дефекты нервной и эндокринной систем.

Болезнь распознается уже при рождении, отмечается малая масса тела, дети вялы, плохо сосут. Характерен внешний вид: широкое лицо с «монголоидным» разрезом глаз, добавочное 3-е веко, короткий широкий нос, выступающая нижняя челюсть, короткие конечности и пальцы, мизинец часто искривлен кнутри, ушные раковины с приросшими мочками, типичная поперечная складка на ладони. У всех больных наблюдаются эндокринные нарушения: недоразвитие половых желез и вторичных половых признаков, снижение основного обмена и ожирение. В неврологическом статусе отмечаются слабость конвергенции, косоглазие, близорукость, мышечная гипотония, нарушения вестибулярного аппарата.

Умственная отсталость в 75% случаев достигает степени имбицильности, в 20% — идиотии и в 5% — дебильности (Сухарева Г.Е., 1965). Наряду с этим у некоторых больных наблюдаются неплохая механическая память, подражательные способности, эмоциональная живость и музыкальная память. Такие больные могут пройти обучение во вспомогательной школе и в дальнейшем выполнять несложную работу. Физическое старение у этих больных начинается рано, с 18–20 лет, что приводит к ухудшению их психических возможностей. С рождения они признаются инвалидами детства.

Синдром Клайнфелтера

Описан Х.Ф.Клайнфелтером с соавт. в 1942 г. Встречается только у мужчин с частотой 1:500, у них наблюдается наличие лишней X-хромосомы. Кариологическое исследование выявляет 47 хромосом (47,XXY). Реже встречаются варианты с кариотипами 48,XXXУ и 49,XXXXУ.

Степень интеллектуального недоразвития тем глубже, чем больше дополнительных половых хромосом в кариотипе.

Мужчины с синдромом Клайнфелтера характеризуются высоким ростом, длинными конечностями, евнухоидным видом, бесплодием, они часто имеют феминные черты.

В моче повышен уровень 17-кетостероидов и гонадотропных гормонов. Умственное недоразвитие при синдроме Клайнфелтера выражено нерезко, но иногда достигает глубокой дебильности и выявляется в раннем детстве. Среди лиц с кариотипом 47 хромосом встречаются случаи с практически нормальным интеллектом. Особенности интеллектуального дефекта является достаточно глубокая незрелость эмоционально-волевой сферы, что по проявлениям приближается в этих случаях к психическому инфантилизму. При наличии легкого психического недоразвития с началом обучения в школе, в подростковом и постподростковом возрасте появляется сознание своей неполноценности, у них появляется пониженный фон настроения с раздражительностью, невротическими и патохарактерологическими реакциями.

Синдром «трипло-Х»

Синдром описан в 1959 г. Состояние характеризуется наличием в кариотипе более двух хромосом (чаще трисомия X). Клинические проявления полиморфны. Проявлением трисомии X является грубая умственная отсталость, которая наблюдается у 75% больных. У части больных отмечаются задержка физического развития, диспластические признаки: эпикант, высокое твердое нёбо, клинодактилия мизинцев. Редко встречается полисомия X: тетрасомия-XXXX и пентасомия-XXXXX. В этих случаях более выражено психическое недоразвитие.

Синдром Шерешевского–Тернера

Описан Н.А.Шерешевским в 1925 г. и Х.Тернером в 1938 г. Встречается у женщин с частотой 1 на 3000 родившихся девочек. Характеризуется отсутствием одной X-хромосомы (X0) и полового хроматина в клетках. У новорожденных девочек отмечаются малые масса тела и рост, лимфатический отек кистей и стоп вследствие аномалии лимфатической системы. У больных наблюдаются «антимонголоидный» разрез глаз, эпикант, низкое расположение ушей, короткая и широкая шея с низким уровнем роста волос, недоразвитие внутренних и наружных половых органов, бесплодие, отсутствие молочных желез и менструаций. Снижение интеллекта имеет различную степень выраженности. В ряде случаев интеллект нормальный.

27.2.2. Микроцефалии

Истинная микроцефалия

Истинная микроцефалия имеет наследственное происхождение. Она отличается от вторичной, которая возникает в связи с внутриутробными поражениями зародыша или плода.

При истинной микроцефалии наблюдаются уменьшение размеров черепа и мозга, недоразвитие лобных долей. Лицевая часть черепа с низким лбом, усиленным развитием лобных дуг. Рост и телосложение относительно нормальные.

Психическое недоразвитие достигает глубоких степеней (имбицильность, идиотия), наряду с этим отмечаются живость эмоциональных реакций, добродушие, приветливость, достаточно адекватное реагирование на различные события. При относительно неглубоком интеллектуальном недоразвитии эти больные овладевают навыками самообслуживания, относительно правильным поведением, адаптируются в привычной обстановке.

Вторичная (церебропатическая) форма микроцефалии

Встречается чаще. Возникает в связи с внутриутробно перенесенными инфекциями, при воздействии на эмбрион и плод токсических вредных веществ, родовой травмы и других факторов.

При нерезком уменьшении черепа деформация более грубая, в связи с чем наблюдаются и более грубые проявления недоразвития, сопровождающиеся неврологическими нарушениями и судорожными припадками. Часто отмечается диспропорциональность телосложения.

27.2.3. Метаболические (энзимопатические) формы умственной отсталости

К этой группе относятся олигофрении, при которых имеется наследственный дефект в обмене аминокислот, металлов или минеральных солей.

Фенилкетонурия (ФКУ, фенилпировиноградная олигофрения)

Фенилкетонурия впервые описана в 1934 г. А.Фолингом, в 1937 г. установлен аутосомно-рецессивный тип наследования. В 1953 г. Джарвис обнаружил, что в печени этих больных отсутствует фермент фенилаланингидроксилаза или резко снижена его активность, и предложил диету с ограниченным содержанием фенилаланина для лечения ФКУ. Частота заболевания 1:10 000 новорожденных.

Основное значение в патогенезе заболевания имеет дефект фермента фенилаланин-4-гидроксилазы, который способствует превращению фенилаланина в тирозин, что приводит к дефициту катехоламинов и меланина, поскольку тирозин для них является предшественником. В связи с этим обмен фенилаланина идет другим путем с образованием фенилпировиноградной, фениляблочной, фенилуксусной кислот. Повышается уровень фенилаланина в крови и моче. Недостаточный уровень меланина приводит к нарушению пигментации кожи и волос. Нарушаются обмен триптофана и синтез серотонина, необходимого для нормального функционирования нервной системы.

Дети, больные фенилкетонурией, рождаются с функционально полноценным мозгом (обменные процессы плода осуществляются за счет обмена в организме матери), и биохимические нарушения начинают развиваться после рождения.

Признаки заболевания появляются на первом году жизни. Установлено, что мозг при ФКУ не может полноценно усваивать фенилала-

нин. Почти у всех детей наблюдается задержка физического развития, они отстают в росте, отмечаются признаки умеренной микроцефалии, имеют место диспластические признаки: высокое нёбо, эпикант, деформация ушных раковин. Около 90% больных блондины со светлой лишенной пигмента кожей и голубыми глазами. При поздно начатом лечении (после 3 лет) преобладает слабоумие на уровне имбицильности и идиотии. В структуре психического недоразвития большой удельный вес занимают астенические и неврозоподобные расстройства. Иногда клиническая картина носит шизофреноподобный характер, у 1/3 больных наблюдаются эпилептиформные припадки, психопатоподобные формы поведения.

Диагноз устанавливают исходя из клинических проявлений и результатов биохимических исследований. Важна диагностика фенилпировиноградной олигофрении уже у новорожденных. Диагноз ставят на основе выявления фенилаланина в крови и фенилпировиноградной кислоты в моче. Существует несколько диагностических проб, наиболее простая из них — проба Феллинга: к 2 мл мочи добавляют 5–10 капель 10% раствора FeCl_3 . При появлении сине-зеленого окрашивания проба считается положительной.

Существует и так называемая пеленочная проба: на белую пеленку наносят по каплям 10% раствор FeCl_3 . При появлении сине-зеленых пятен проба считается положительной.

С этой же целью применяют индикаторные бумажки: при опускании их в мочу, в которой содержится фенилпировиноградная кислота, отмечается зеленое окрашивание.

Более специфичной и чувствительной является проба с 2,4-динитрофенил-гидразином (2,4-ДНФГ): к 1–2 мл мочи добавляют такое же количество 0,3% раствора 2,4-ДНФГ. При появлении ярко-желтой окраски проба считается положительной.

Раннее выявление фенилкетонурии необходимо для своевременного лечения. Эти дети должны быть как можно раньше переведены на специальную диету, в которой резко ограничено содержание натурального белка. Им назначают гидролизат казеина, но в нем должно быть достаточное количество триптофана, тирозина, серосодержащих кислот. В процессе диетического лечения необходим постоянный биохимический контроль за содержанием уровня фенилаланина в сыворотке крови. Падение его уровня в крови может привести к анорексии, диарее, рвоте, потере массы тела. Чем раньше начинается лечение, тем лучшего эффекта можно ожидать. Лечение необходимо проводить длительно, до 6–8 лет. Если лечение начато после 3 лет, то на эффект рассчитывать не приходится, поскольку уже развивается достаточно глубокое слабоумие.

Галактоземия

Галактоземия — наследственная энзимопатия (аутосомно-рецессивный тип наследования). Дефект касается фермента галактоза-1-фосфат-

уридил-трансфераза. Нарушается метаболизм галактозы, происходит увеличение ее количества из-за недостаточного расщепления и токсического вещества галактоза-1-фосфата. Это приводит к расстройствам вскоре после рождения: диспепсии, рвоте, желтухе, увеличению печени, катаракте и выраженной умственной отсталости.

Диагноз основывается на результатах определения галактозы в крови и моче с помощью метиленового синего (положительной считается проба, при которой исчезает окраска). Благоприятно заболевание протекает при ограничении потребления галактозы и искусственном вскармливании.

Мукополисахариды

Гаргоилизм (болезнь Гурлер–Пфаундлера–Хантера) — группа заболеваний, обусловленных наследственной патологией соединительной ткани; характеризуется поражением ЦНС, органов зрения, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов.

Заболевание впервые описано Thompson в 1900 г.

Термин «гаргоилизм» связан с тем, что у больных имеется некоторое внешнее сходство со скульптурным изображением химер (gargoiles). Наследуется по аутосомно-рецессивному типу, мальчики заболевают в 2 раза чаще.

Клинические признаки появляются в первые месяцы жизни ребенка: нарастают явления акромегалии (черты лица становятся грубыми, череп увеличивается в размерах), отмечаются дисплазии, укорочение шеи, туловища и конечностей, грудная клетка деформируется, позвоночник искривляется. Происходят изменения во внутренних органах. Диагностика основывается на клинических данных и результатах биохимических исследований (определение кислых мукополисахаридов в моче и активности лизосомных ферментов в культуре тканей).

Психическое развитие резко задерживается, интеллектуальный дефект нарастает и часто достигает степени идиотии.

Болезнь Тея–Сакса (амавротическая идиотия – церебромакулярная дегенерация)

Это группа редких наследственных заболеваний, характеризующихся нарастающим слабоумием до степени идиотии, прогрессирующим падением зрения до слепоты и распространенными параличами. Распространенность составляет 1: 25 000.

Наблюдается генетически обусловленное нарушение обмена липидов с повышенным отложением их в нейронах коры больших полушарий, мозжечка и других отделов нервной системы, в ганглиозных клетках сетчатки глаза.

Выделяют пять форм болезни Тея–Сакса, которые отличаются возрастом выявления симптоматики и скоростью ее прогрессирования. Для амавротической идиотии характерна триада: прогрессирующее слабоумие, нарастающая слепота и параличи.

27.2.4. Экзогенно-обусловленные формы умственной отсталости

Формы олигофрении, связанные с внутриутробным поражением

Рубеолярная олигофрения

Впервые описана Н.Греддом в 1940 г. у детей, матери которых во время беременности перенесли коревую краснуху. Это наиболее часто встречающаяся и наиболее изученная эмбриопатия вирусного происхождения. Тяжесть эмбриопатии выше при заболевании матери в I триместре беременности. В клинической картине характерно сочетание слабоумия с пороками развития органов чувств и физическим недоразвитием. Профилактика сводится к предупреждению заболевания беременных краснухой.

Токсоплазмозная олигофрения

Частота врожденного токсоплазмоза — 2—6 на 1000 новорожденных.

Врожденный токсоплазмоз — следствие вертикальной трансплацентарной передачи возбудителей инфекции плоду во время острого заболевания беременной матери токсоплазмозом.

Выделяют две разновидности врожденного токсоплазмоза: токсоплазмозный менингоэнцефалит и хориоретинит — порок развития мозговых систем. Первая наблюдается в более позднем возрасте, вторая представляет собой эмбриопатию вследствие заражения зародыша на ранних этапах беременности.

Клинические проявления врожденного токсоплазмоза зависят от времени внутриутробного заражения. У ребенка обнаруживаются грубые нарушения физического развития, неврологические симптомы и выраженное слабоумие. Психическое недоразвитие проявляется с первых месяцев жизни и достигает степени имбицильности и идиотии. Диагноз ставят на основании клинических данных и результатов серологических исследований.

Олигофрения при врожденном сифилисе

Врожденный (конгенитальный) сифилис в настоящее время встречается редко, характеризуется полиморфизмом, может быть причиной физического и психического недоразвития ребенка. Внутриутробный менингоэнцефалит обуславливает кожные, соматические и неврологические нарушения. В физическом состоянии характерны дисплазии и грубые аномалии развития, в неврологическом статусе наблюдаются характерные зрачковые симптомы (узкие зрачки, синдром Аргайла Робертсона). Отмечаются параличи, парезы, хореоформные и атетоидные движения. Степень психического недоразвития различна — от глубоких степеней олигофрении до дебильности и степени астенических расстройств. Диагноз основывается на специфической клинической симптоматике, результатах реакции Вассермана и других серологических проб.

Олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных

Гемолитическая болезнь новорожденных (эритробластоз плода) развивается при иммунологической несовместимости крови матери и плода по резус-фактору и является одной из причин олигофрении. Частота олигофрении, обусловленной резус-несовместимостью, составляет 1 на 250–300 родов.

Заболевание возникает у резус-положительного ребенка в случае, если его отец резус-положителен, а мать – резус-отрицательная. Резус-фактор плода проникает через плаценту в организм резус-отрицательной матери, который иммунизируется и начинает вырабатывать антирезус-антиген. Чаше резус-конфликтная беременность возникает у резус-отрицательных женщин, матери которых также были резус-отрицательными.

Гемолитическая болезнь новорожденных развивается из-за разрушения эритроцитов под влиянием антител и ведет к нарушению билирубинового обмена и накоплению непрямого билирубина (гипербилирубинемии).

Степень поражения ЦНС и других органов зависит не только от уровня непрямого билирубина, но и от продолжительности гипербилирубинемии.

Последствия токсико-аноксического поражения мозга при гемолитической болезни принято называть *билирубиновой энцефалопатией* (Гинзбург С.Э., Таболин В.А., 1963). Для нее характерна триада симптомов: экстрапирамидные двигательные расстройства, дефекты слуха и умственная отсталость.

Выраженность психического недоразвития при билирубиновой энцефалопатии зависит от органического поражения головного мозга. Интеллектуальная недостаточность варьирует от легкой дебильности до идиотии. В структуре олигофренического дефекта большое место занимает психоорганический синдром с возбудимостью и эмоционально-волевой лабильностью.

Эффективным методом лечения гемолитической болезни новорожденных является заменное переливание крови в первые сутки жизни ребенка в объеме 120–150 мг/кг массы тела.

Олигофрении, обусловленные ранними постнатальными, экзогенными (инфекционными, интоксикационными, аллергическими и травматическими) поражениями головного мозга

В постнатальном периоде к возникновению олигофрений приводят инфекционные заболевания: энцефалиты, энцефаломиелиты, энцефаломенингиты и реже менингиты. Выделяют первичные энцефалиты в результате воздействия нейротропного возбудителя и вторичные как осложнения при других инфекционных заболеваниях (корь, коклюш, грипп, ветряная оспа и др.). Выраженный интеллектуальный дефект наблюдается при заболеваниях детей в первые годы жизни.

Клинические проявления постинфекционных и посттравматических олигофрений зависят от степени тяжести и распространенности органического поражения мозга. Часто наблюдаются поражения черепных нервов: косоглазие, атрофия зрительных нервов, тугоухость, глухота, парезы и параличи конечностей, гиперкинезы, судорожные припадки и др. Степень и глубина интеллектуального дефекта различны. Он может носить характер типичной олигофрении или мозаичного, неравномерного интеллектуального дефекта, при котором наблюдаются инертность, медлительность, выраженное астеническое расстройство (истощаемость, утомляемость, нарушение внимания). Наряду с церебрастеническими расстройствами наблюдаются психопатоподобные формы поведения.

Диагностика олигофрений

Дифференциальный диагноз олигофрений с другими психическими заболеваниями не вызывает затруднений, но необходимо установить степень психического недоразвития и причину олигофрении в раннем возрасте, особенно для энзимопатических форм.

Для правильной оценки олигофрений необходимо иметь полный семейный анамнез, данные о беременности матери, перенесенных ею во время беременности заболеваниях, интоксикациях, а также особенностях родовой деятельности и ранних годах жизни ребенка.

Для распознавания олигофрении имеют значение результаты клинического обследования ребенка, наличие физических, неврологических и интеллектуальных отклонений, а также данные лабораторных исследований (биохимических, иммунологических, цитологических и др.). показатели патофизиологических и психологических исследований.

Затруднения в диагностике вызывают состояния олигофренического дефекта при шизофрении. Если дефект возник после более или менее благополучного периода развития ребенка, то необходимо исключить энзимопатию. Если олигофреноподобный дефект имеет шизофреническую природу, прежде всего наблюдают снижение активности, отгороженность ребенка от окружающих, своеобразная стереотипность игр.

Возникают сложности в отграничении умственной отсталости от временных задержек психического развития, обусловленных педагогической запущенностью в связи с пребыванием в неблагоприятных условиях. Такие дети отличаются от олигофренов эмоциональной живостью, любознательностью и в благоприятных условиях у них обнаруживается положительная динамика интеллектуального развития.

Профилактика и лечение

В профилактике огромное значение имеет медико-генетическое консультирование. Например, если у двух психически здоровых родителей ребенок отстает в психическом развитии, риск появления второго больного ребенка составляет 3,4–13,9%. Если в семье один из родителей стадает психическим недоразвитием или пограничной степенью

отсталости, то риск появления второго больного ребенка с умственной отсталостью составляет 20%. Если у двух родителей, страдающих олигофренией, уже имеется больной ребенок, то риск рождения второго с умственной отсталостью составляет 40–45%. Большую роль в предупреждении психического недоразвития имеет пренатальная диагностика анэнцефалии, гидроцефалии и некоторых форм хромосомной и энзимной патологии с помощью амниоцентеза и УЗИ.

Второе направление — забота о здоровье матери с целью предотвращения действия перинатальных вредностей на плод.

Третье направление профилактики умственной отсталости — создание благоприятных условий для родившегося ребенка. Особой заботы требуют недоношенные, и чем они менее зрелы и меньше их масса, тем интенсивнее должны быть уход за ними и лечение.

Собственно лечение больных олигофренией проводится по двум направлениям: медико-педагогические меры и медикаментозная терапия и диетотерапия. Медикаментозная терапия направлена на активизацию больных олигофренией, улучшение их соматического состояния, при психопатологических состояниях проводится соответствующая терапия.

Экспертиза

При *военно-врачебной экспертизе* все больные с дебильностью признаются негодными к военной службе.

Имбицилы и идиоты обычно не подвергаются *судебно-психиатрической экспертизе*. Разные правонарушения могут совершать дебилы. С учетом их повышенной внушаемости и подверженности подражать другим у судебно-психиатрических экспертов может возникать вопрос о их роли в совершении правонарушения. Обычно учитывается их роль в криминальном поведении, способность отдавать себе отчет в совершенном действии. Вопрос о дееспособности дебилов решается в зависимости от степени умственной отсталости, характера поведения и трудоспособности.

Глава 28.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Существует ряд психических расстройств, при которых не только начало, но и основные проявления наблюдаются преимущественно в детско-подростковом возрасте. В МКБ-10 последний класс (F9) посвящен психическим расстройствам, начало которых приходится на детский и подростковый возраст. Однако некоторые расстройства, специфические для подросткового возраста, например анорексия и дисморфофобия, кодируются в других разделах.

28.1. Расстройства психического развития

Расстройства психического развития имеют *общие признаки*: начало обязательно в младенческом или детском возрасте; нарушение или задержка развития функций, связанных с созреванием ЦНС; устойчивость проявлений.

В большинстве случаев страдают речь, зрительно-пространственные навыки и двигательная координация. Эти нарушения могут прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребенка, но некоторая недостаточность часто сохраняется и в зрелом возрасте.

28.1.1. Специфические расстройства развития речи и языка

К ним относятся расстройства, при которых нормальный характер приобретения языковых навыков страдает уже на ранних стадиях развития. Расстройства развития речи часто сопровождаются смежными проблемами, такими как трудности при чтении, правописании и произношении слов, нарушения межличностных отношений, эмоциональные и поведенческие нарушения. Наиболее частый вид расстройств языковой сферы — расстройство развития речи, которое подразделяется на расстройство экспрессивной речи и расстройство рецептивной речи, а также расстройство речевой артикуляции.

Расстройство экспрессивной речи

Это специфическое расстройство, связанное с развитием, при котором способность ребенка использовать разговорный язык находится на зна-

чительно более низком уровне, не соответствующем его возрасту, хотя понимание речи других людей не выходит за пределы нормы. При этом возможны расстройства артикуляции, но они наблюдаются не всегда. Это расстройство встречается у 3–10% детей школьного возраста, у мальчиков в 2–3 раза чаще, чем у девочек. Расстройство экспрессивной речи начинает проявляться в возрасте примерно 1,5 года, когда ребенок не произносит отдельные слова и даже звуки. Он не говорит даже таких простых слов, как «мама», «папа», «дай», «хочу», а для выражения своих желаний использует жесты, показывая пальцем на желаемый предмет. Фразовая речь появляется с большим запаздыванием, и тогда дефицит словарного запаса становится еще более явным. Чаще всего у таких детей нарушена артикуляция, они плохо произносят такие буквы, как «т», «р», «с», «з», «в» и др. Трудные для ребенка звуки либо пропускаются, либо заменяются другими.

Специфическое расстройство экспрессивной речи необходимо дифференцировать с нарушениями речи при психических заболеваниях, раннем аутизме, при которых может отмечаться отчетливый период нормального речевого развития и пользования речью, а также умственной отсталости, тугоухости.

Расстройство экспрессивной речи может сопровождаться колебаниями настроения, гиперактивностью, неустойчивостью внимания, непослушанием и нарушениями поведения, сосанием пальца, ночным недержанием мочи. Из-за затруднений речевого выражения, общения и плохой успеваемости у таких детей могут развиваться комплекс неполноценности и депрессия. Некоторые из них стремятся избегать общения со сверстниками из опасения насмешек.

Легкие расстройства экспрессивной речи в 50% случаев проходят самостоятельно, в других их удается преодолеть с помощью логопедических приемов и методов и лишь в тяжелых или не леченых случаях эти затруднения остаются и у взрослых.

Расстройство рецептивной речи

Это специфическое расстройство, связанное с развитием, при котором понимание ребенком языка находится на более низком уровне, чем следовало бы ожидать в его возрасте. При этом страдают все стороны использования языка и имеются нарушения артикуляции.

Встречается у 3–10% детей школьного возраста, у мальчиков в 2–3 раза чаще, чем у девочек. Расстройство рецептивной речи средней степени обычно обнаруживается в возрасте 4 лет. Легкие формы расстройства могут выявляться до 7–9 лет, когда язык ребенка должен усложняться, а при тяжелых формах расстройство обнаруживается уже к 2 годам. Дети с расстройством рецептивной речи с трудом и с большой задержкой понимают чужую речь, но остальная интеллектуальная деятельность, не связанная с речью, у них в пределах возрастных норм. В тех случаях, когда затруднение способности понимать чужую речь сочетается с неспособностью или затруднением собственного выражения, говорят о расстройстве рецептивно-экспрессивной речи.

У детей с расстройством рецептивной речи наблюдаются следующие нарушения: они не могут перерабатывать зрительные символы в словесные (например, описать, что нарисовано на картинке), не могут распознавать основные свойства предметов (например, отличить легковую машину от грузовой, домашних животных от диких) и т.д.

Прогноз при расстройстве рецептивной речи в целом хуже, чем при расстройстве речевого выражения, особенно в тяжелых случаях, но при своевременно начатом правильном лечении эффект хороший. В легких случаях прогноз благоприятный.

Расстройство речевой артикуляции

Расстройство речевой артикуляции, связанное с развитием, проявляется в том, что употребление ребенком речевых звуков находится на более низком уровне, чем это ожидается по его возрасту, но уровень языковых навыков ребенка нормален. Это довольно частое явление у детей младшего возраста. Его называют картавостью, шепелявостью, младенческой речью, лепетанием, дислалией, ленивой речью, неаккуратной речью. В большинстве случаев интеллект бывает не нарушен. Артикуляция у таких детей значительно отличается от артикуляции их ровесников. Особенно трудно им даются такие звуки, как «в», «л», «р», «ч», «ш», «ф», «ц», «б», «т», все или некоторые из них, иногда может нарушаться произношение только одного звука.

Искажение — наиболее легкий вариант нарушения артикуляции. При этом ребенок произносит примерно правильные звуки, но в целом произнесение неправильное, чтобы облегчить произнесение трудных звуков, ребенок может добавлять между согласными гласные, например «палыка» вместо «палка», «вязал» вместо «взял». При **замещении** трудные звуки заменяются на неправильные, например «лобота» вместо «работа», «холосый» вместо «хороший».

Наиболее серьезным нарушением артикуляции являются **пропуски трудных звуков и слогов**, например «боно» вместо «больно», «гаовка» вместо «головка», «какотик» вместо «колокольчик». Пропуски чаще всего свойственны детям младшего возраста.

Частота этого расстройства у детей до 8 лет составляет 10%, у детей старше 8 лет — 5%. В большинстве легких случаев у детей до 8 лет выздоровление происходит без лечения. Но у детей старше 8 лет само по себе это расстройство обычно не исчезает и требуется квалифицированное лечение.

Терапия

Хотя специфические расстройства речи и языка относятся к компетенции врачей-логопедов, психиатрам и врачам общей практики нередко приходится встречаться с их последствиями, особенно в подростковом возрасте, когда из-за сохранения нелеченного дефекта речи возникают различные невротические расстройства, нарушения поведения и социальная дезадаптация. У взрослых дефект речи ограничивает их

возможности в профессиональной деятельности. Поэтому расстройства речи необходимо лечить с малых лет, когда лечение более успешно, чем у взрослых.

28.1.2. Специфические расстройства развития учебных навыков

Это группа расстройств, при которых нормальные показатели приобретения учебных навыков нарушены начиная с ранних стадий развития ребенка. Нарушения не являются следствием текущего психического заболевания, умственной отсталости, не обусловлены полученной травмой или перенесенной болезнью головного мозга, сенсорными или физическими аномалиями. К ним относятся: расстройство чтения, расстройство развития экспрессивного письма, расстройство арифметических навыков и смешанное расстройство учебных навыков.

Расстройство чтения (дислексия)

Основной чертой этого расстройства является специфическая, значительно выраженная недостаточность развития навыков чтения, что не может быть объяснено уровнем интеллекта, проблемами, связанными с дефектом зрения или слуха, наличием неврологического заболевания или педагогической запущенностью. Расстройство чтения иногда еще называют «слепотой» на слова.

Частота расстройства развития способности к чтению у детей школьного возраста составляет от 2 до 8%. У мальчиков оно встречается в 2—4 раза чаще, чем у девочек. Это расстройство может сохраняться и у взрослых.

Нарушение развития способности к чтению становится наиболее очевидным к 7—8-летнему возрасту. До школы родители могут пытаться научить ребенка читать, но, обнаружив безуспешность таких попыток, оставляют ребенка в покое, надеясь, что в школе его научат. В 1-м классе школы, когда требования к чтению еще невысоки, расстройство обучения чтению еще не столь явно. Неспособность к обучению чтению у таких детей становится явной во 2-м и 3-м классах, когда уже требуется определенная скорость чтения, причем норма прочитанных в минуту печатных знаков прогрессивно увеличивается. Дети с нарушением способности к чтению обычно делают ошибки в устном чтении. При этом читаемые слова искажаются, пропускаются или добавляются слова, не существующие в тексте. Иногда дети меняют местами буквы в словах и слова в предложениях, так как им трудно следить за последовательностью букв и слов. Расстройству чтения могут предшествовать или существовать с ним расстройства освоения навыков речи или языковой лексики. Сопутствующим расстройством может быть нарушение распознавания звуков.

При расстройстве чтения дети испытывают чувство стыда и унижения из-за своего недостатка. У них могут быть эмоциональные срывы, депрессия, разнообразные невротические проявления, вызванные чувством собственной неполноценности. В старшем возрасте возмож-

но появление патохарактерологических расстройств: дети могут стать злобными и даже агрессивными по отношению к сверстникам, которые над ними насмехаются, агрессия может быть направлена и против общества в целом. Это приводит к нарушениям поведения и социальной дезадаптации как в период обучения в школе, так и при дальнейшем выборе профессии и трудоустройстве.

Этиология

Причины нарушения обучения чтению остаются не до конца ясными. Их происхождение связывают с осложнениями во время беременности матери, а также с различными вредными воздействиями и заболеваниями во внутриутробном и раннем детском периоде, недоношенностью, малым весом тела при рождении. Нарушение чтения может быть при органическом поражении левого полушария головного мозга, которое считается «языковым», а также при нарушениях в области мозолистого тела головного мозга, в результате чего блокируется передача зрительной информации в левое полушарие. Придается значение наследственности, имеются публикации об обнаружении гена, дефект которого приводит к развитию дислексии.

Расстройство развития экспрессивного письма (дисграфия)

Расстройство развития экспрессивного письма характеризуется затруднениями в овладении навыками письма — правописанием слов и выражением мыслей. Это специфическое расстройство не связано с дефектом слуха либо зрения или с каким-либо неврологическим нарушением. Данные о частоте нарушений способности к грамотному письму отсутствуют. Частота случаев у мужчин и женщин примерно одинакова. Причина расстройства неизвестна. Считается, что возможно наследственное предрасположение, поскольку многие люди, страдающие неспособностью к грамотному письму, происходят из семей, где у родителей отмечаются аналогичные нарушения.

Нарушение способности овладеть навыками письменного изложения выявляется в младших классах школы. В 1-м классе у детей выявляется затруднение в правописании слов. Во 2-м классе, когда дети уже должны писать не только слова, но и составлять из них предложения, нарушения становятся более явными: дети делают ошибки даже в коротких и простых предложениях, где есть только подлежащее, сказуемое и дополнение: они могут переставить их местами, забывают начинать предложение с заглавной буквы и ставить в конце простого предложения точку.

Отсутствие своевременного лечения таких детей может сопровождаться сохранением этого дефекта в старших классах школы. Расстройство может привести к нежеланию и отказу выполнять домашние задания в письменном виде, посещать уроки, на которых этот дефект обнаруживается наиболее явно, утрате интереса к занятиям, а затем и к отказу ходить в школу и расстройствам поведения. У большинства детей дефект влияет на настроение, могут развиваться депрессия, отчаяние.

отчуждение от сверстников, стремление к самоизоляции. Некоторые люди из-за этого недостатка стараются даже не писать писем или поздравительных открыток, чтобы не обнаружить свою безграмотность.

Расстройство способности к арифметическому счету (дискалькулия)

Это расстройство заключается в специфической недостаточности навыков счета, которая не может быть объяснена умственной отсталостью или недостатками обучения в школе. Недостаточность касается умения производить основные арифметические действия, но в еще большей степени это расстройство выявляется при необходимости выполнения сложных математических действий, которые необходимы в алгебре, геометрии, тригонометрии и сложных вычислениях.

Частота случаев нарушения способности к арифметическому счету неизвестна, но считается, что это более редкое расстройство, чем нарушение способности к овладению навыками чтения.

Причины этих расстройств неизвестны. Предполагается, что могут быть какие-то изменения в затылочной доле правого полушария мозга, которые считаются ответственными за переработку зрительно-пространственных стимулов и математические способности. Однако эта теория является спорной.

Если это нарушение не распознается вовремя и не подвергается лечению, оно может сохраниться и у взрослых. Такие люди не могут работать в областях, где требуются навыки счета, но если у них нет других сопутствующих нарушений, например неспособности к чтению или письменному изложению, то они могут заниматься интеллектуальными или творческими видами деятельности.

Терапия специфических расстройств развития учебных навыков должна быть комплексной и включать помощь логопедов, педагогов-дефектологов, психологов, при необходимости — нейропсихологов, психиатров.

К нарушениям психического развития, протекающим по типу асинхронного дизонтогенеза, также относятся *синдромы раннего детского аутизма*, описанные в главе 26.

28.2. Гиперкинетический синдром

Гиперкинетический синдром — одно из наиболее распространенных детских поведенческих расстройств, характеризующееся нарушением внимания, двигательной гиперактивностью и импульсивностью поведения. Термин «гиперкинетический синдром» имеет в психиатрии несколько синонимов, среди наиболее часто используемых — «гиперкинетическое расстройство» и синдром «дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ). В МКБ-10 этот синдром отнесен к классу «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте».

Частота синдрома среди детей первых лет жизни колеблется в пределах 1,5–2%, среди детей школьного возраста — от 2 до 20%. У мальчиков гиперкинетический синдром встречается в 3–4 раза чаще, чем у девочек.

Гиперкинетические расстройства часто возникают в раннем детстве (до 5 лет), хотя диагностируются значительно позже. В некоторых случаях первые проявления синдрома обнаруживаются в младенчестве: дети с этим расстройством чрезмерно чувствительны к раздражителям и легко травмируются шумом, светом, изменениями температуры окружающей среды, обстановки. Типичными являются двигательное беспокойство в виде чрезмерной активности в кровати, в бодрствовании и нередко во сне, сопротивление пеленанию, непродолжительный сон, эмоциональная лабильность.

В более старшем возрасте расстройства внимания проявляются повышенной отвлекаемостью и неспособностью к систематической деятельности. Ребенок не может длительно удерживать внимание на игрушке, занятиях, ждать и терпеть. Он испытывает затруднения при необходимости сидеть на месте, при этом он часто беспокойно двигает руками и ногами, ерзает, начинает вставать, бегать, испытывает затруднения в тихом проведении досуга, предпочитая двигательную активность. Несмотря на повышенную моторную активность, у 50–60% детей отмечаются нарушения координации в виде затруднений тонких движений (завязывание шнурков, пользование ножницами, раскрашивание, письмо), нарушения равновесия, зрительно-пространственной координации (неспособность к спортивным играм, катанию на велосипеде).

В школьном возрасте ребенок может кратковременно сдерживать двигательное беспокойство, ощущая при этом чувство внутреннего напряжения и тревоги. Несмотря на нормальный уровень интеллектуального развития, успеваемость в школе у многих таких детей низкая. Причины — невнимательность, отсутствие упорства, нетерпимость к неудачам. Характерны парциальные задержки развития письма, чтения, счета.

Импульсивность обнаруживается в ответах ребенка, которые он дает, не выслушав вопроса, а также в неспособности дожидаться своей очереди, в прерывании разговоров или игр других. Импульсивность проявляется и в том, что поведение ребенка часто маломотивировано: двигательные реакции и поведенческие поступки неожиданны (рывки, скачки, пробежки, неадекватные ситуации, резкая смена деятельности, прерывание игры и т.п.). В подростковом возрасте импульсивность может проявляться хулиганскими выходками и асоциальным поведением (кражи, употребление наркотиков и т.д.).

Эмоциональные нарушения проявляются в виде неуравновешенности, вспыльчивости, нетерпимости к неудачам. Отмечается запаздывание эмоционального развития. В психическом развитии дети с нарушениями активности и внимания отстают от сверстников, но стремятся быть лидерами. Они ищут друзей, но быстро их теряют, поэтому они чаще общаются с более «покладистыми» младшими по возрасту. Трудно

складываются отношения со взрослыми. На них не действуют ни наказания, ни ласка, ни похвала. Именно «невоспитуемость» и «плохое поведение», с точки зрения родителей и педагогов, — основной повод обращения к врачам. У 75% детей довольно устойчиво возникают агрессивное, протестное, вызывающее поведение или, напротив, подавленное настроение и тревога, нередко как вторичные образования, связанные с нарушением внутрисемейных и межличностных отношений.

Течение гиперкинетических расстройств индивидуально. Как правило, гиперактивность в подростковом возрасте у многих уменьшается, даже если остаются другие нарушения (расстройства внимания регрессируют последними). В 15–30% случаев симптомы расстройства внимания с гиперактивностью сохраняются на всю жизнь, проявляясь на субклиническом уровне. В некоторых случаях может обнаруживаться предрасположенность к антисоциальному поведению, личностным и эмоциональным расстройствам, алкоголизму, наркоманиям и другим видам аддикций.

Информативных психологических тестов для диагностики данного расстройства в настоящее время нет. Нарушения активности и внимания не имеют четких патогномоничных признаков. Заподозрить это расстройство можно на основании анамнеза и психологического тестирования с учетом диагностических критериев. Синдром дефицита внимания необходимо дифференцировать с поведенческими нарушениями у детей с агрессивностью и двигательной расторможенностью, которые могут быть проявлениями других психических расстройств или заболеваний. Явления гиперактивности и невнимательности могут быть симптомами тревоги или депрессивных расстройств. Появление гиперкинетического расстройства в школьном возрасте может быть проявлением реактивного (психогенного) расстройства, маниакального состояния, шизофрении или неврологического заболевания, психопатоподобных нарушений на фоне церебрально-органических резидуальных дисфункций, а также представлять собой дебют эндогенных психических заболеваний (например, кататоническое возбуждение с гебефреническими проявлениями в поведении).

Этиология и патогенез

Клинические проявления гиперкинетического синдрома соответствуют представлениям о задержке созревания структур мозга, ответственных за регуляцию и контроль функции внимания. Единой причины синдрома нет, и его развитие может быть вызвано различными внутренними и внешними факторами (травматическими, обменными, токсическими, инфекционными, патологией беременности и родов и др.). Среди них выделяют и психосоциальные факторы в виде эмоциональной депривации, стрессы, связанные с разными формами насилия, и т.п. Большое место отводится генетическим и конституциональным факторам. Все перечисленные влияния могут приводить к той форме мозговой патологии, которая ранее обозначалась как «минимальная мозговая дисфункция». У детей с гиперкинетическим синдромом был установлен

нейропсихологический дефицит, касающийся прежде всего исполнительных функций интеллекта и рабочей памяти. По своему типу этот дефицит сходен с таковым при лобном синдроме у взрослых. Это дало основание предположить существование дисфункции лобной коры и нейрохимических систем, проецирующихся в лобную кору. Компьютерная томография подтвердила вовлеченность лобно-подкорковых путей. Эти пути, как известно, богаты катехоламинами (чем отчасти может быть объяснено лечебное действие стимуляторов).

Терапия

Единой точки зрения на лечение гипердинамического синдрома нет. Медикаментозное лечение эффективно в 75–80% случаев при правильно поставленном диагнозе. Его действие в большей степени симптоматическое. Подавление симптомов гиперактивности и нарушений внимания облегчает интеллектуальное и социальное развитие ребенка. В зарубежной литературе акцент в терапии этих состояний делается на церебральные стимуляторы: метилфенидат (риталин), пемолин (цилерт), дексалрин. Механизм их действия до конца неизвестен. Однако психостимуляторы не только успокаивают ребенка, но и влияют на другие симптомы. Повышается способность к сосредоточению, появляются эмоциональная устойчивость, чуткость к родителям и сверстникам, налаживаются социальные отношения. В отечественной психиатрии психостимуляторы в лечении синдрома гиперактивности практически не используются. Рекомендуются препараты, стимулирующие созревание нервных клеток (церебролизин, когитум), ноотропы (фенибут, пантогам), витамины группы В и др., средства, улучшающие мозговой кровоток (кавинтон, сермион, оксиграл и др.). В некоторых случаях эффективными оказываются антидепрессанты и некоторые нейролептики (хлорпротиксен, сонапакс). Нейролептики не способствуют социальной адаптации ребенка, поэтому показания для их назначения ограничены. Их следует применять при наличии выраженной агрессивности, неуправляемости или когда другая терапия и психотерапия неэффективны. Назначают противосудорожные нормотимические средства (вальпроаты, карбамазепин), однако их эффективность окончательно не установлена. Бензодиазепины и барбитураты не только не эффективны, но могут и усугубить заболевание. Важное место в лечебных мероприятиях отводится психологической поддержке родителей, семейной психотерапии, установлению контакта и тесного сотрудничества с воспитателем и педагогами детских коллективов, где воспитываются или учатся эти дети.

28.3. Тики (тикозные расстройства)

Тики

Тики — произвольные, неожиданные, повторяющиеся, рекуррентные, неритмические, стереотипные моторные движения или вокали-

зация. Тики разделяют на простые и сложные. *Простые двигательные тики* включают мигание, дергание шеи, подергивание носом, плечами, гримасничанье. *Простые вокальные тики* могут проявляться покашливанием, шмыганием носом, похрюкиванием, лаянием, фырканием, шипением. Сложные голосовые тики включают повторение особых слов, звуков (палилалия), фраз, ругательств (копролалия). *Сложные двигательные тики*: поколачивание себя, дотрагивание до себя и/или предметов, подпрыгивание, приседание, жестикуляция. Обычно тики переживаются как неодолимые, но могут быть подавлены волевым усилием на короткие периоды времени. Тики могут встречаться как самостоятельное психическое расстройство, но нередко сочетаются с эмоциональными нарушениями (депрессиями), а также с навязчивыми или ипохондрическими расстройствами. С тиками иногда связывают специфические задержки развития (см. выше). Главным отличием тиков от других двигательных расстройств является внезапный, быстрый, преходящий и ограниченный характер движений при отсутствии неврологического расстройства. Характерны повторяемость движений и исчезновение их во время сна. Отсутствие ритмичности позволяет отличать их от стереотипий при аутизме или от яктации (однообразное раскачивание тела) при умственной отсталости.

Тики встречаются у 5–24% детей школьного возраста, чаще у мальчиков (соотношение 3:1), пик тиковых проявлений приходится на возраст 7–11 лет, первые эпизоды могут возникать уже в 2-летнем возрасте. Проявляются тики *в виде транзиторных расстройств*, имеющих преимущественно психогенную природу, которые в большинстве случаев с годами проходят. Наиболее частыми разновидностями транзиторных тиков являются мигание, гримасничанье или подергивание головы. Также тики могут касаться конечностей и тела: потирание рук, перекручивание пальцев, сжимание кисти в кулак, пожимание плечами, дергание ногами. Проявляются такие тики в моменты волнения много раз в день, почти каждый день, за период не менее 2 нед., но не более чем в течение 12 мес. Психогенные тики наиболее часто подвергаются спонтанной ремиссии. В некоторых случаях тики встречаются как единственный эпизод, в других есть ремиссии и рецидивы через некоторый промежуток времени.

Реже встречаются *хронические двигательные или голосовые тиковые расстройства* (примерно у 1,6% населения). Способствуют проявлению и фиксации тиков длительные тревожно-депрессивные состояния. Почти всегда отмечается начало в детском или подростковом возрасте. Характерно наличие либо двигательных, либо голосовых тиков, сочетание бывает редко. Тики появляются много раз в день, почти каждый день, или периодически в течение более 1 года. Интенсивность тиков колеблется в зависимости от общего психического состояния ребенка. Как и при транзиторных расстройствах, тики могут самопроизвольно подавляться на некоторое время, исчезать во время сна и усиливаться под воздействием стрессовых факторов. Продолжительность храни-

ческих тикозных расстройств — около 4–6 лет. Симптоматика часто ухудшается в подростковом возрасте, затем примерно в 2/3 случаев тики редуцируются, но у 1/3 больных имеет место сохранение элементов расстройства в зрелом возрасте.

Этиология и патогенез

В настоящее время не существует убедительных данных о механизмах возникновения, вариантах течения и методах медикаментозного лечения тикозных расстройств. Среди причин называются как врожденные (генетические), так и психогенные факторы. Определенную роль играют травмы головы. Органические тики чаще встречаются в семейном анамнезе.

Появлению тиков и усилению их способствуют стрессовые ситуации, сопровождающиеся страхом и тревогой. Одним из механизмов патогенеза возникновения тиков, по всей вероятности, является нарушение нейрохимической регуляции ЦНС. Определенная роль отводится дофаминергической системе, в частности повышению уровня дофамина. Это подтверждается применением психостимуляторов, способствующих появлению новых или усилению существующих тиков. Напротив, блокаторы дофамина, в частности такие нейролептики, как галоперидол, оказывают положительный эффект при лечении тиков.

Терапия

С самого начала появления тикозных расстройств не ясно, исчезнет тик самопроизвольно или будет прогрессировать, превращаясь в хронический. Поскольку привлечение внимания к тикам усиливает их, родителям рекомендуют вначале по возможности игнорировать их появление. Психофармакологическая терапия на первых этапах не рекомендуется, если расстройство не тяжелое и не приводит к дезадаптации ребенка. Медикаментозные средства (транквилизаторы, малые дозы нейролептиков) рекомендуют лишь при значительной выраженности расстройств.

Рекомендуются поведенческая психотерапия, направленная на изменение привычек, и семейная психотерапия, целью которой является устранение психотравмирующей для ребенка обстановки. Основную роль в лечении хронических тикозных расстройств занимает психотерапия. Транквилизаторы в этих случаях неэффективны.

В ряде случаев эффективен галоперидол, но следует учитывать риск возникновения побочных эффектов этого препарата, в том числе развитие поздней дискинезии.

Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром Жилля де ля Туретта)

Расстройство с множественными двигательными и голосовыми тиками (моргание, покашливание, произношение фраз или слов, например «нет»), то усиливающимися, то ослабевающими. Жилье де ля Туретт впервые описал это заболевание в 1885 г., изучив его в клинике Шарко в Париже. Данные о распространенности синдрома противоречивы.

Полностью выраженный синдром де ля Туретта встречается с частотой 1:2000 (0,05%). Возникает в детском или подростковом возрасте, имеет хроническое течение и сопровождается неврологическими, поведенческими и эмоциональными нарушениями. У взрослых синдром начинается в 10 раз реже, чем у детей и подростков.

Тики возникают много раз в течение дня, обычно приступообразно, практически ежедневно или с перерывами, в течение года и более. Количество, частота, сложность, выраженность и локализация тиков меняются. Голосовые тики чаще множественные, с взрывчатыми вокализациями, иногда используются непристойные слова и фразы (копролалия), которые могут сопровождаться непристойными жестами (копропраксия). Как двигательные, так и голосовые тики могут на короткое время произвольно подавляться, обостряться при тревоге и стрессе и возникать или исчезать во время сна. Синдром Жилля де ля Туретта протекает волнообразно. Заболевание обычно начинается до 18 лет, в 6—7 лет появляются тики мышц лица, головы или шеи, затем в течение нескольких лет они распространяются сверху вниз. Голосовые тики обычно появляются в 8—9 лет, а в 11—12 присоединяются навязчивости и сложные тики. У 40—75% больных имеются черты синдрома гиперактивности с дефицитом внимания. Со временем симптоматика стабилизируется. Отмечается частое сочетание синдрома с парциальными задержками развития, тревожностью, агрессивностью, навязчивостями. У детей с синдромом Жилля де ля Туретта часто бывают трудности в обучении.

Этиология и патогенез

Рассматривается как психоневрологическое заболевание. Выявлены морфологические и медиаторные основы синдрома в виде диффузных нарушений функциональной активности преимущественно в базальных ядрах и лобных долях. Предполагается определенная роль некоторых нейромедиаторов и нейромодуляторов, включая дофамин, серотонин и эндогенные опиоиды. Основную роль играет генетическая предрасположенность к данному расстройству. Результаты генетических исследований свидетельствуют об аутосомно-доминантном наследовании синдрома с неполной пенетрантностью. Наибольший риск развития этого заболевания имеют сыновья матерей с синдромом Жилля де ля Туретта. Показано семейное накопление синдрома Жилля де ля Туретта, хронических тиков и навязчивых состояний.

Терапия

Хотя расстройство не вызывается психосоциальными факторами, они могут усугублять его течение. Важно объяснить родителям, что поведение ребенка не умышленное, а вызвано болезненными проявлениями. Также необходимы сотрудничество с педагогами, налаживание отношений со сверстниками. Поэтому использующиеся психотерапевтические методы (рациональная, поведенческая, индивидуальная, групповая и

семейная психотерапия) должны быть направлены на уменьшение тикозных проявлений и социальную адаптацию больного. Медикаментозное лечение на сегодняшний день является основным методом терапии. Лечение начинается только после полного обследования, с применением минимальных доз препаратов и постепенным их увеличением в течение нескольких недель. Предпочтительно начало с монотерапии. До настоящего времени препаратом выбора остается галоперидол. Он блокирует D_2 -рецепторы в области базальных ганглиев. Детям назначают дозу, начиная с 0,25 мг/сут., увеличивая по 0,25 мг/сут. еженедельно. Терапевтический диапазон — от 1,5 до 5 мг/сут. в зависимости от возраста. Иногда предпочтителен пимозид, который обладает большим сродством к нервным путям стриатума, чем к мезокортикальным путям. У него меньше побочных эффектов, чем у галоперидола, но он обладает кардиотоксическим эффектом. Дозы — от 0,5 до 5 мг/сут. Применяются и другие нейролептики. При нежелательных побочных эффектах нейролептиков препаратом выбора является стимулятор центральных α -адренорецепторов — клонидин, в целом менее эффективный, но более безопасный. Он значительно уменьшает возбудимость, импульсивность и расстройства внимания. Доза 0,025 мг/сут. с последующим увеличением каждые 1–2 недели до среднетерапевтических — от 0,05 до 0,45 мг/сут.

При сопутствующих депрессивных проявлениях и навязчивостях применяются трициклические антидепрессанты и СИОЗС: кломипрамин (10–25 мг/сут.), флуоксетин (5–10 мг/сут.).

28.4. Заикание

Заикание — нарушение ритма, темпа и плавности речи с частыми повторениями или пролонгацией звуков, слогов или слов либо частыми остановками. Заиканием страдают от 5 до 8% детей, из них относительно стойкое заикание отмечается в 1% случаев. Расстройство в 3 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. У мальчиков оно более устойчиво.

Заикание обычно начинается в возрасте до 12 лет, в большинстве случаев отмечаются два уязвимых для заикания периода — между 2–4 и 5–7 годами. Оно обычно развивается в течение нескольких недель или месяцев, начинаясь с повторения начальных согласных или целых слов, которые являются началом предложения. В зависимости от преобладания характера судорог мышц, участвующих в речевом акте, выделяют *клонико-тоническое заикание*, при котором в начале речи отмечаются клонические судороги, переходящие в тонические. При этом виде заикания происходит повторение начальных звуков или слогов (логоклония). *Тонико-клоническое заикание*, наблюдающееся при преобладании тонических судорог, характеризуется нарушением ритма, плавности речи в виде запинок и остановок с частым повышением вокала и выраженными нарушениями дыхания, сопутствующими речи. Наблюдаются дополнительные движения в мышцах лица, шеи, конечностей.

Заикание может наблюдаться не постоянно. Иногда оно может отсутствовать при чтении вслух, пении, разговоре с домашними животными или неодушевленными предметами. Диагноз ставят при продолжительности расстройства не менее 3 мес.

Течение заикания обычно хроническое, с периодами частичных ремиссий. От 50 до 80% детей с заиканием, особенно в легких случаях, выздоравливают. В течении заикания выделяют 4 фазы.

1-я фаза — дошкольный период — расстройство появляется эпизодически, длительные периоды нормальной речи. После такого периода может наступать выздоровление. Во время этой фазы заикание отмечается тогда, когда дети взволнованы, огорчены или когда им нужно много говорить.

2-я фаза возникает в начальной школе. Расстройство носит хронический характер с очень небольшими периодами нормальной речи. Дети осознают и болезненно переживают свой недостаток.

3-я фаза наступает после 8—9 лет и длится до подросткового возраста. Заикание возникает или усиливается только в определенных ситуациях (вызов к доске, покупка в магазине, разговор по телефону и др.).

4-я фаза бывает в позднем подростковом возрасте и у взрослых.

У детей выражен страх перед заиканием, многие из них стараются избегать ситуаций, требующих речевого общения. Следствием речевого расстройства в виде заикания могут быть снижение успеваемости в школе из-за стеснительности, страха речевых нарушений, ограничения в выборе профессии, трудности в создании семьи. Заикающиеся остро ощущают нарушения своей речи. Для страдающих хроническим заиканием типичны фрустрация, тревога, депрессия.

Этиология и патогенез

Точные этиологические факторы заикания неизвестны. Существует ряд теорий, объединенных в «блок заикания» — генетическая, психогенная и семантогенная. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что заикание является генетически наследуемым неврологическим расстройством. Наследственная отягощенность встречается в 17,5% случаев невротического заикания. В основе лежит церебральная доминантность речевых центров с конституциональной предрасположенностью к развитию заикания вследствие стрессогенных факторов. Существуют данные о том, что заикание является следствием неполной специализации и латерализации языковых функций.

Среди психогений, способных провоцировать заикание, носящее название невротического, выделяют: острые (шоковые) и подострые психические травмы (испуг, внезапное волнение, разлука с родителями); изменение привычного стереотипа (помещение в дошкольное детское учреждение); конфликтные отношения в семье.

Важное значение имеет «речевой климат» в семье: перегрузка информацией, чрезмерная требовательность к речи ребенка, двуязычие, наличие заикающихся в близком окружении.

Помимо невротического заикания выделяют неврозоподобное заикание, возникающее в связи с резидуально-органическими нарушениями в головном мозге. Неврозоподобное заикание развивается постепенно, исподволь на фоне задержки или недоразвития речи. Указания на психотравмирующие факторы обычно отсутствуют.

Терапия

Лечение невротического заикания должно быть ранним и комплексным, включать сразу несколько направлений.

Традиционные психотерапевтические методы (гипносуггестивный, поведенческий и др.) в лечении заикания не всегда эффективны. Предпочтительно использование специальных психотерапевтических подходов, включающих элементы различных методов. Специальные (комбинированные) методы психотерапии применяют как в индивидуальной, так и в групповой форме. У детей младшего возраста невротическое заикание легче преодолевается в специализированных логопедических группах или детских садах. Большое место в лечении занимают коллективная игровая психотерапия, логопедическая ритмика. Важное значение имеет семейная психотерапия. Наиболее типично — отвлечение внимания, внушение и релаксация. Заикающихся обучают говорить одновременно с ритмическими движениями руки и пальцев или медленно нараспев и монотонно. Современные методы, основанные на точке зрения, что заикание является формой выученного поведения, рекомендуют минимизировать факторы, усиливающие заикание, уменьшить вторичные нарушения, убедить заикающегося разговаривать, даже с заиканием, свободно, без стеснения и страха, чтобы избежать вторичных блоков. Эффективен метод саморегуляции, основанный на предпосылке, что заикание является определенным поведением, которое можно изменить. Он включает десенсибилизацию, снижающую эмоциональные реакции, страх перед заиканием, элементы аутогенной тренировки.

Медикаментозное лечение носит вспомогательный характер и направлено на купирование симптомов тревоги, выраженного страха, депрессивных проявлений, облегчение коммуникативных взаимодействий. Применяют седативные средства, в том числе фитотерапевтические, общеукрепляющие средства.

Более важное значение имеет медикаментозное лечение неврозоподобного заикания, связанного с органической патологией головного мозга. При наличии спастических форм используют спазмолитики: мидокалм, сирдалуд, амизил. Транквилизаторы применяют с осторожностью, непродолжительными курсами. Значительный эффект приносят курсы дегидратации. При клонической форме заикания используется пантогам — от 0,25 до 0,75–3 г/сут., курсы длительностью 1–4 мес. Карбамазепины (преимущественно тегретол или финлепсин-ретард) — с 0,1 г/сут. до 0,4 г/сут. в течение 3–4 нед. с постепенным снижением дозы до 0,1 г/сут. в качестве поддерживающего лечения длительностью до 1,5–2 мес. Комплексное лечение заикания также включает физиоте-

рапевтические процедуры, курсы общего и специализированного логопедического массажа.

28.5. Расстройства физиологических отправлений

28.5.1. Неорганический энурез

Неорганический энурез — непроизвольное мочеиспускание днем и/или ночью у ребенка старше 4—5 лет, не обусловленное отсутствием контроля за функцией мочевого пузыря вследствие неврологического нарушения, эпилептических припадков, структурной аномалии мочевого тракта. У детей младше 5 лет или с умственным развитием, характерным для детей младше 4 лет, энурез, как правило, не диагностируется, рассматриваясь в качестве одного из признаков тотального психического недоразвития.

Энурезом страдают больше мужчин, чем женщин, в любом возрасте. Имеются сведения, что заболевание встречается у 7% мальчиков и 3% девочек в возрасте 5 лет, у 3% мальчиков и 2% девочек в возрасте 10 лет и у 1% мальчиков и почти полностью отсутствует у девочек в возрасте 18 лет. Дневной энурез встречается реже, чем ночной, приблизительно у 2% 5-летних детей. В отличие от ночного дневной энурез встречается чаще у девочек. Психические нарушения имеются лишь у 20% детей с неорганическим энурезом, наиболее часто они встречаются у девочек с дневным и ночным энурезом.

Неорганический энурез может наблюдаться с рождения, когда у ребенка не был сформирован навык опрятности, — «первичный» (в 80%) — или возникать вслед за периодом более 1 года приобретенного контроля над мочевым пузырем — «вторичный». Позднее начало обычно наблюдается в возрасте 5—7 лет. Энурез может быть моносимптомом или сочетаться с другими эмоциональными или поведенческими расстройствами. Первичный диагноз энуреза ставят, если непроизвольное мочеиспускание наблюдается несколько раз в неделю или если другие симптомы лишь временно связаны с энурезом. Энурез не связан с какой-либо определенной фазой сна или временем ночи и чаще наблюдается в случайном порядке. Иногда он возникает при затруднении перехода из медленной фазы сна в быструю. Эмоциональные и социальные проблемы, возникающие вследствие энуреза, включают низкую самооценку, чувство собственной неполноценности, ограничения в социальном плане, скованность и внутрисемейные конфликты.

Этиология и патогенез

Среди этиопатогенетических факторов энуреза рассматриваются две группы: конституционально-биологические и психологические (психосоциальные). 75% детей с неорганическим энурезом имеют близких родственников, страдающих энурезом, что подтверждает роль генетических факторов. Контроль за мочевым пузырем развивается постепенно, на него влияют особенности нейромышечной системы, когнитив-

ные функции, социально-экономические факторы. Нарушение одного из этих компонентов может способствовать развитию энуреза у детей. У страдающих энурезом примерно в 2 раза чаще имеются задержки развития. Большинство страдающих энурезом детей имеют анатомически нормальный мочевой пузырь, но он «функционально мал». Вторая группа факторов — психологических — включает психотравмирующие воздействия в результате неправильного воспитательного подхода в период формирования навыков опрятности. Вторичный энурез может возникать вследствие острой реакции на стресс и расстройства адаптации (испуг, напряженная конфликтная обстановка в семье). Психологический стресс может усиливать энурез. Также неблагоприятное влияние могут оказывать рождение сиблинга, начало обучения в школе, распад семьи, переезд на новое место жительства.

Диагностика

Минимальный хронологический возраст для постановки диагноза — 5 лет, а минимальный умственный возраст — 4 года. Непроизвольные или произвольные мочеиспускания в постель или одежду могут наблюдаться в течение дня или ночи, или в течение ночи и дня. По меньшей мере 2 эпизода в месяц для детей в возрасте 5–6 лет и одно событие в месяц — для детей более старшего возраста. Длительность расстройства не менее 3 мес.

Необходимо исключать возможные органические причины возникновения энуреза. Органические факторы, наиболее часто обнаруживаемые у детей с дневным и ночным энурезом:

- нарушения мочеполовой системы — структурные, неврологические, инфекционные (уропатия, цистит, скрытая расщелина позвоночника и др.);
- органические расстройства, обуславливающие полиурию, — сахарный или несахарный диабет;
- расстройства сознания и сна (опьянение, сомнамбулизм, эпилептические припадки). В последние годы все чаще в литературе появляются описания редких форм эпилепсии (эпилептический вариант энуреза у детей 5–12 лет);
- побочные явления лечения некоторыми антипсихотическими препаратами (тиоридазин и др.).

Терапия

Используются комплексные методы лечения в зависимости от форм неорганического энуреза. При первичном энурезе необходима коррекция навыков родителей по формированию у ребенка контроля за мочеиспусканием. Необходимо избегать наказаний, своевременно поощрять ребенка, соблюдать соответствующий режим. Гигиенические требования включают обучение пользованию туалетом, ограничение употребления жидкости за 2 ч перед сном, иногда ночное пробуждение для посещения туалета.

В лечении энуреза используются медикаментозные средства, физиотерапевтические и психотерапевтические методы. Один из наиболее распространенных методов психотерапии — поведенческая терапия. В ее классическом варианте применяется аппарат, подающий сигнал (звонок, гудок и др.) о времени начала непроизвольного мочеиспускания. Эффект наблюдается в более чем 50% случаев. Целесообразно сочетать данный вариант лечения с похвалой или вознаграждением за более длительные периоды воздержания.

Медикаментозное лечение. Препаратами выбора в течение последних десятилетий являются трициклические антидепрессанты, чаще используется мелипрамин. На фоне его приема у 30% больных энурез полностью прекращается, а у 85% ослабевает. Однако эффект не всегда продолжителен. Имеются сообщения об эффективности использования таких препаратов, как синтетический аналог антидиуретического гормона десмопрессин (минирин) и дриптан (активное вещество — оксibuтинин), обладающий прямым спазмолитическим действием на мочевой пузырь. Медикаментозное лечение сочетается с физиотерапевтическими методами, например, электрофорезом и рефлексотерапией.

Традиционные варианты психотерапии при первичном энурезе в некоторых случаях неэффективны. Они более показаны при лечении вторичного (психогенного) недержания мочи. Проводится суггестивная гипнотическая психотерапия, направленная на ликвидацию симптомов недержания мочи. Важное место отводится семейной психотерапии, призванной изменить конфликтную обстановку в семье. Важно убедить родителей не наказывать ребенка за недержание мочи, так как это приводит лишь к появлению у него чувства собственной неполноценности, ущербности, пониженной самооценки вплоть до возникновения суицидальных намерений.

25.5.2. Неорганический энкопрез

Неорганический энкопрез — недержание кала в том возрасте, когда контроль за деятельностью кишечника физиологически должен быть выработан и когда завершено обучение пользованием туалетом. Контроль за кишечником развивается последовательно, формируется способность воздерживаться от опорожнения кишечника ночью, потом днем. Достижение этих особенностей в развитии определяется физиологическим созреванием, интеллектуальными способностями, степенью культуры.

Данное расстройство наблюдается у 6% 3-летних и у 1,5% 7–8-летних детей, у мальчиков в 3–4 раза чаще. Примерно у 1/3 детей, страдающих энкопрезом, наблюдается и энурез. Наиболее часто энкопрез происходит в дневные часы, если он происходит и ночью — прогноз неблагоприятный.

Решающим диагностическим признаком является акт дефекации в неподходящих местах. Выделение экскрементов (в постель, одежду, на пол) бывает либо произвольное, либо непроизвольное. Частота — не менее одного проявления в месяц в течение не менее 6 мес. Биографи-

ческий и ментальный (умственный) возраст — не менее 4 лет. Расстройство не должно быть связано с соматическим заболеванием.

Первичный энкопрез: если расстройству не предшествовал период контроля за функцией кишечника не менее 1 года. *Вторичный энкопрез:* расстройству предшествовал период контроля за функцией кишечника длительностью 1 год и более.

В некоторых случаях расстройство обусловлено психологическими факторами: отвращением, сопротивлением, неспособностью подчиняться социальным нормам, при этом есть нормальный физиологический контроль за дефекацией. Иногда расстройство наблюдается вследствие физиологической задержки кала с вторичным переполнением кишечника и отхождением кала в неподходящих местах. Такая задержка дефекации может возникать как результат конфликтов между родителями и ребенком при обучении контролю за кишечником или из-за болезненного акта дефекации. При этом часто наблюдаются сопутствующие эмоциональные и поведенческие расстройства. Это расстройство производит резко отталкивающее впечатление на окружающих (членов семьи, сверстников), что способствует формированию у пациента заниженной самооценки.

Этиология и патогенез

Отсутствие или недостаточно эффективное обучение пользованию туалетом может привести к задержке навыка сдерживать опорожнение кишечника. Некоторые дети страдают недостаточностью сократительной функции кишечника. О наличии сопутствующего психического расстройства часто свидетельствует опорожнение кишечника в неподходящих местах (при нормальной консистенции выделений). Иногда энкопрез связан с проблемами развития нервной системы, включая неспособность длительно удерживать внимание, легкую отвлекаемость, гиперактивность и плохую координацию. Вторичный энкопрез иногда является регрессией, связанной со стрессовыми факторами (рождение сиблинга, развод родителей, изменение места жительства, начало школьного обучения).

При постановке диагноза важно дифференцировать неорганический энкопрез с другими причинами недержания кала: 1) энкопрез, обусловленный органическим заболеванием (аганглиоз толстой кишки), расщелиной позвоночника; 2) хронические запоры, включающие перегрузку калом и последующее пачкание полужидкими фекалиями в результате «переполнения кишечника». Однако в некоторых случаях энкопрез и запоры могут сосуществовать, в таких случаях ставят диагноз энкопреза с дополнительным соматическим кодированием состояния, обусловившего запор.

Терапия

Эффективна психотерапия, направленная на снижение напряжения в семье и облегчение эмоциональных реакций лица, страдающего энко-

презом (акцент на повышении самооценки). Рекомендовано постоянное положительное подкрепление. Положительный эффект достигается применением поведенческой терапии, направленной на формирование с помощью тренинга навыков опрятности. Необходимо консультирование родителей по вопросам правильного реагирования на расстройство дефекации у ребенка.

При недержании кала, связанном с нарушениями функции кишечника, вторичном по отношению к периоду задержки каловых масс (запору), больного обучают правилам гигиены. Принимаются меры к ослаблению болей при дефекации (трещины заднего прохода или твердый стул), в этих случаях необходимо наблюдение педиатра.

28.6. Расстройства поведения (гебоидный синдром)

Впервые психическое расстройство у подростков и юношей, совпадающее с половым созреванием и проявляющееся в основном нарушениями поведения (поначалу подростки производят впечатление плохо воспитанных, а не больных), было описано в конце XIX в. немецким психиатром К.Кальбаумом под названием гебоидофрении. Позже гебоидным синдромом стали называть поведенческие расстройства, характеризующиеся резким заострением и искажением эмоционально-психологических особенностей пубертатного периода, патологией в сфере влечений. Нарушения эмоционально-волевой сферы проявляются снижением нравственного чувства, эмоциональной обедненностью, тупостью, расторможенностью примитивных инстинктов. Наличие указанных симптомов обуславливает легкость совершения подростками с гебоидным синдромом различных антисоциальных, агрессивных, криминальных поступков. В МКБ-10 признаки, характерные для гебоидного синдрома, описаны в разделе F9, рубрике F91 «Расстройства поведения».

Формирование гебоидного синдрома имеет определенную динамику. Его «предвестники» можно обнаружить уже в детском возрасте, начиная с дошкольного. Представлены они преимущественно патологией в сфере влечений. Такие дети обнаруживают повышенный интерес к явлениям, связанным с жестокостью и насилием, — охотно смотрят передачи о катастрофах, убийствах, кровавые боевики и т.д. Нарушения влечений носят иногда грубо извращенный характер, проявляясь интересом к нечистотам, нетипичными для детского возраста действиями с садистским компонентом: мучают домашних животных, убивают и разрезают лягушек, отрывают лапки насекомым и т.д. Часто наблюдается склонность к патологическому фантазированию, имеющему садистическое содержание.

Рудиментарные проявления нарастающей эмоциональной измененности, свойственной больным с гебоидным синдромом, также обнаруживаются у них уже в детском возрасте в виде сочетания обидчивости,

повышенной ранимости с черствостью и безразличием к близким. Все эти черты резко усиливаются на фоне начинающегося пубертата.

Негативизм, враждебность по отношению к проживающим вместе с подростком родственникам весьма характерны для больных с гебоидным синдромом. Они выдвигают заведомо невыполнимые требования, проявляют жестокость, особенно к более слабым членам семьи — младшим братьям и сестрам, престарелым, больным. Ничем не мотивированная ненависть и враждебность, а нередко и агрессия по отношению к близким приобретают выраженный, некорректируемый характер. Во французской психиатрии таких больных называли «домашними палачами».

При появлении гебоидного синдрома в возрасте 15—17 лет у больных нередко отмечается увлечение глобальными абстрактными проблемами (вопросами философии, истории, религии и др.), обозначаемое термином *«метафизическая интоксикация»*. Однако при этом они стремятся не столько получить новые знания, сколько проявить оппозицию существующим взглядам. Подобные увлечения проблемами вечности, поиском смысла существования и т.п. лишены целенаправленности и, как правило, не обогащают личность. Суждения больных, как правило, лишены глубины, нередко подражательны, компилятивны. Реформаторские планы сопровождаются завышенной самооценкой, высокомерием, претензией на оригинальность мировоззрения. Одновременно у них наблюдается уход, отстранение от реальной действительности, практической деятельности, возникает негативистическое отношение к сложившимся формам человеческих взаимоотношений, установившимся формам поведения и нравственным ценностям. Они их не только игнорируют или целиком отвергают, но и цинично высмеивают. У них разрушаются прежние социальные связи. Подростки или юноши оставляют учебные заведения или перестают работать. Подавляющее большинство начинают вести иждивенческий образ жизни.

Расстройства влечений, доминирующие в клинике гебоидных состояний, могут проявляться также в виде сексуальной расторможенности, злоупотребления алкоголем и наркотиками. Знакомясь с подобными себе людьми, или в одиночку больные начинают пьянствовать, совершать кражи, вступать в беспорядочные половые связи: нередко у них возникает неодолимая потребность к перемещениям, объясняемая желанием «познать жизнь» или лишенная каких-либо обоснований. На какой-то период они становятся бродягами: ночуют на чердаках, в подвалах, в подъездах, на вокзалах, средства к существованию добывают мелким воровством. Однако больные способны совершать и серьезные, зачастую тяжкие правонарушения, становясь на долгие сроки обитателями мест заключения.

Нозологическая принадлежность гебоидного синдрома

Гебоидный синдром чаще всего встречается у подростков, больных малопрогредиентной шизофренией (ранее — гебоидофренией), в дебюте юношеской злокачественной или параноидной шизофрении, либо имеет место атипичный вариант течения гебоидофрении (Цуцульков-

ская М.Я., 1986). Г.П.Пантелеева определяет гебоидное состояние как психическое расстройство, возникающее при шизофрении, отличие которого от психопатоподобных состояний заключается в том, что для гебоидов характерны не просто психопатические расстройства, а глубоко патологическое видоизменение психической сферы в период пубертатного криза. Степень патологических расстройств достигает при этом психотического уровня. Ведущим патологическим звеном гебоидного состояния при шизофрении является глубокое поражение эмоционально-волевой сферы, что приводит к формированию садистской жестокости на фоне измененности нравственного чувства, эмоциональной холодности. Патологическая трансформация эмоционально-волевой сферы является основой всех остальных проявлений гебоидного синдрома: сверхценных образований, импульсивных поступков и т.д. Помимо этого, «стержневого» признака гебоидного синдрома при шизофрении, обнаруживаются также отдельные специфические симптомы данного заболевания, что существенно облегчает диагностику. К числу последних относятся характерные для шизофренического процесса шперрунги, соскальзывания, резонерство, аутохтонные аффективные колебания, отрывочные бредовые идеи, оклики и т.д.

Другие авторы, в частности Г.Е.Сухарева, описывают гебоидные расстройства в рамках психопатоподобных состояний резидуально-органического генеза. По мнению В.В.Ковалева и ряда других авторов, гебоидные проявления могут наблюдаться при психопатиях в период пубертатной декомпенсации отдельных типов формирующихся психопатий, преимущественно возбудимого типа.

При *декомпенсации психопатических состояний в пубертатном периоде гебоидный синдром*, в отличие от садистической трансформации поведения при шизофрении, имеет иные характеристики, главными из которых являются существенное повышение и расторможенность влечений. У таких подростков обнаруживаются склонность к алкоголизации, промискуитет, уходы из дома и бродяжничество, кражи и т.д. Аффективные вспышки, сопровождаемые грубостью, негативизмом и оппозиционностью, не носят беспричинного характера, а возникают, как правило, в форме реакций протеста, имеют определенную ситуационную обусловленность. Отсутствуют эмоциональная холодность, другие специфические симптомы шизофрении.

В структуре *гебоидного синдрома в рамках церебральных резидуально-органических состояний* имеют место свойственные данной патологии личностные изменения в виде снижения критики, фамильярности. Обнаруживаются другие клинические проявления органической патологии головного мозга: церебрастения, колебания аффективности в диапазоне от дисфории до эйфоричности, нередко выявляемые признаки психоэндокринного синдрома. В.А.Гурьева при гебоидных состояниях резидуально-органического генеза описывает отчетливо выступающие явления психического инфантилизма, застреванность злобного аффекта, сверхценные переживания мести и ненависти.

Продолжительность гебоидного синдрома различна. В одних случаях он постепенно редуцируется после окончания полового созревания, в других — длится многие годы. Усложнение его наблюдается при шизофрении (во многих случаях за счет бредовых и выраженных аффективных расстройств). При психопатиях и в резидуальном периоде органических заболеваний головного мозга, перенесенных в детском и подростковом возрасте, гебоидные проявления могут отмечаться в структуре психопатических или психопатоподобных расстройств личности.

Терапия

Лечение гебоидного синдрома затруднено, так как больные, как правило, не расценивают свое поведение в качестве болезненного и категорически отказываются от лечения. Основания для недобровольного освидетельствования и госпитализации не всегда достаточны. В случае госпитализации в психиатрическую больницу или согласия амбулаторно лечиться больным показаны нейролептические средства, обозначающиеся как «корректоры поведения» — тиоридазин (сонапакс), нейлептил. При наличии синдрома метафизической интоксикации, идей отношения необходимо использовать нейролептики антипсихотического действия — трифлуоперазин (трифтазин), клозапин (азалептин). Эффективными оказываются также атипичные нейролептики-антипсихотики — оланзапин (зипрекса), сероквель. По показаниям при наличии явных аффективных нарушений или выраженных колебаний настроения показаны антидепрессанты, в том числе последних поколений (паксил, золофт, ремерон), имеющие минимальный спектр побочных действий, а также нормотимики (соли лития, карбамазепин, вальпроаты). Психотерапевтическое лечение, учитывая своеобразие личности и парадоксальность и непредсказуемость реакций больных, имеет ограниченные возможности.

28.7. Синдром дисморфофобии (дисморфомании)

Подросткам свойственно «тщательное» наблюдение за собственным телом, его пропорциями, строением отдельных черт лица и т.д. Сравнивая себя с окружающими (чаще всего со сверстниками), они зачастую преувеличивают какие-либо реально существующие незначительные дефекты, либо у них имеют место переживания по поводу мнимых уродств. **Дисморфофобия** — навязчивые опасения, страхи, связанные с переживанием какого-либо физического недостатка. Если же имеется болезненная убежденность в наличии физического недостатка с признаками сверхценной или бредовой идеи, а также обнаруживается настойчивое стремление к исправлению физического дефекта, речь идет о **дисморфомании**. М.В.Коркина объединяет симптомы дисморфомании в триаду признаков: патологические идеи физического недостатка с тенденцией к диссимуляции этих переживаний, идеи отношения, депрессивные расстройства с суицидальными тенденциями.

Мысль о физическом недостатке может созревать постепенно или вспыхивать внезапно, как озарение, под действием случайных обстоятельств, порой имеющих весьма отдаленное отношение к воображаемому дефекту. Иногда в основе могут лежать действительные, но незначительные недостатки во внешности. Например, у 12-летнего мальчика при едва заметном намеке на гинекомастию однажды случайно подслушанный им разговор о гермафродитах породил убежденность, что у него «женские груди». Дисторморфомания часто возникает в ответ на замечания окружающих по поводу имеющихся физических недостатков, которые, однако, объективно являются весьма незначительными. В последующем данная идея приобретает стойкий характер, возникает полная убежденность в наличии выраженного дефекта. Вместе с тем, особенно на ранних этапах, бывает трудно решить, имело ли место внешнее психотравмирующее воздействие, поэтому квалифицировать дисторморфоманию как сверхценную либо как бредовую идею бывает весьма непросто. По данным М.В.Коркиной, в 50% случаев дисторморфомания имеет бредовой характер, причем мысли о наличии физического недостатка в некоторых случаях отличаются парадоксальностью: больные убеждены в «уродстве» той части тела, где по объективным признакам отсутствуют значимые физические отклонения, в то время как действительные физические недостатки остаются незамеченными. В 26% случаев, по данным того же автора, мысли о наличии физического дефекта носят сверхценный характер, а в 15% — они занимают промежуточное положение между сверхценными и бредовыми идеями.

Переживания часто касаются лица («кривое», «уродливая» форма ушей, носа) или строения тела — полноты или, наоборот, худобы («толстые ляжки», «жирные ягодицы», «ноги-соломинки», «большая или маленькая грудь» и т.п.). У мальчиков-подростков подобные мысли чаще касаются недостатков в строении полового члена — «слишком маленький», «кривой», «втянутый» и т.п. К дисторморфомании присоединяются идеи отношения. Они нередко начинаются с непереносимости чужого взгляда (симптом Бехтерева). Подростки не выносят, когда на них смотрят посторонние, полагая, что разглядывают их недостаток. Они стараются остаться незамеченными, держаться в стороне, избегают появления перед смотрящей по сторонам публикой — в фойе, в вагонах транспорта, на пляже. Не ходят на уроки физкультуры, чтобы не появляться в обтягивающей тело спортивной форме, если воображаемый недостаток касается фигуры. Всячески стараются «прикрыть» свой недостаток: закрывают лицо шарфом, надевают «специальные» головные уборы, чрезмерно просторную или, наоборот, очень туго обтягивающую тело одежду, которая, по их мнению, должна замаскировать или исправить дефект фигуры. При дисторморфомании, касающейся гениталий, мальчики избегают общественных туалетов и бань. Подростки с синдромом дисторморфомании настойчиво требуют обследования у различных специалистов: урологов, косметологов, хирургов и др. Они настаивают на исправлении имеющихся «недостатков», включая оперативное вмешательство: «откачать

лишний жир из ягодич», «выпрямить нос», «выровнять или увеличить половой член» и т.п. Реже они сами совершают над собой калечащие манипуляции. Убежденность в отталкивающей полноте может послужить основой для развития аноректического синдрома.

Дисморфоманические переживания нередко диссимулируются, вследствие чего окружающие, в том числе и родители, зачастую не знают о существовании у своего ребенка подобного рода проблем. О них стараются не говорить, при расспросах даже отрицают. Заподозрить наличие подобных переживаний можно по описанным особенностям поведения и по двум специальным симптомам. Один из них получил название *симптом зеркала* Абели-Дельма. Больные подолгу, иногда часами, разглядывают в зеркале свое лицо или фигуру — в разных позах и ракурсах, снова проверяя и снова убеждаясь в наличии дефекта. Часто стараются делать это тайком от окружающих. Другой симптом описан М.В.Коркиной и назван ею *симптом фотографии*: больные избегают фотографироваться даже в случае крайней нужды, например для того, чтобы получить паспорт, так как, по их мнению, на фотографии их «уродство» выступает особенно ярко. В то же время подростки весьма откровенно обсуждают эти вопросы в кабинетах врачей различных специальностей, к которым они обращаются за «помощью», исключая психиатра.

Для этих подростков характерны депрессивные состояния, в том числе глубокие, с появлением суицидальных мыслей, раптоидных состояний. Также нередки идеи отношения, подозрительность, убежденность в том, что окружающие насмеются над ними, «замечают» их недостатки. Следствием дисморфомании может быть нарастающая замкнутость, необщительность, а также негативное отношение к близким, на которых «срывают зло».

Нозологическая принадлежность синдрома дисморфомании (дисморфофобии)

Нестойкие, эпизодические дисморфофобические переживания пубертатного возраста встречаются и в норме. Они возникают в связи с реальными, но незначительными недостатками и никогда не достигают бредовой убежденности, не определяют все поведение подростка. *Транзиторные дисморфофобические явления* у здоровых подростков носят порой мимолетный характер, имеют отчетливую ситуационную обусловленность и определенные обоснования в действительных недостатках внешности (невысокий рост, некрасивые ноги, нос с горбинкой и т.д.), которые, однако, преувеличиваются. Эти дисморфофобии никогда не поглощают подростка целиком, не отражаются на всем его поведении. Например, при покрытом юношескими угрями лице подросток избегает общества девочек, но совершенно свободно держится в мальчишеской компании. И, главное, эти дисморфофобии поддаются психотерапевтической коррекции, а по миновании пубертатного периода бесследно проходят.

Дисморфофобические расстройства невротического регистра хотя и влияют на поведение подростка, но не подменяют всех сторон жизни и

не приводят к стойкой социальной декомпенсации. Больные стесняются своего «дефекта», но не бросают учебу, при необходимости появляются в обществе и т.п. Они настаивают на косметической операции, но отказ встречают не слишком драматично, с годами начинают успешно скрывать свои болезненные переживания (компенсаторная диссимуляция), а затем забота о внешности теряет актуальность. Замкнутость, отгороженность, отрешенность от семейных дел не достигают тяжелой степени, обычно удается найти ситуации, в которых подросток чувствует себя свободно и раскованно.

Дисморфоманический синдром — один из весьма частых при невротоподобной форме шизофрении у подростков (около 30% этой формы). Дисморфомания может держаться на протяжении ряда лет в качестве своеобразного «моносимптома», но чаще отмечается «полиморфизм дисморфоманий»: подростки находят у себя несколько физических недостатков сразу или то один, то другой. При всем этом они могут продолжать учебу, начинают работать, обнаруживают относительную социальную приспособленность, но остаются замкнутыми и необщительными. Эмоциональные изменения невелики и сказываются иногда лишь в раздраженно-холодном отношении к близким и снижении эмоционального резонанса на волнения, беды и особенно радости окружающих, что сами подростки считают следствием сосредоточенности на своих переживаниях.

Дисморфомания, переходящая в бред физического недостатка, встречается также при прогрессивной шизофрении в рамках острого полиморфного, галлюцинаторно-параноидного, депрессивно-параноидного синдромов, но в этих случаях синдром дисморфомании сочетается с рядом других психотических симптомов.

Затяжные подростковые эндореактивные дисморфомании поначалу бывают очень сходными с дисморфоманиями при вялотекущей форме шизофрении. Они чаще развиваются на определенном преморбидном фоне — при сенситивной или сенситивно-шизоидной акцентуации после субъективно значимых психических травм и нередко имеют под собой действительный, хотя обычно и незначительный, недостаток внешности. Способы маскировки дефекта никогда не бывают ни вычурными, ни нелепыми — наоборот, в этом отношении обнаруживается большая изобретательность.

Терапия

При лечении больных необходимо избегать оперативного вмешательства по просьбе больных, так как это приводит, как правило, к ухудшению и утяжелению болезни. Госпитализация в психиатрическую больницу показана в редких случаях — при депрессии и суицидальном риске или склонности больных к самоповреждениям. Лечение симптоматическое. При дисморфофобических расстройствах в периоды выраженного эмоционального напряжения показаны транквилизаторы (диазепам, феназепам, ксанакс). Наличие депрессивного фона настроения является

основанием для назначения антидепрессантов (пиразидол, лудиомил, феварин, паксил и др.). Психотерапия, направленная на разубеждение, неэффективна. Показана поведенческая психотерапия, использующая, например, методы парадоксальной интенции. Психотерапевт должен ставить перед собой цель — склонить подростка смириться с воображаемым или преувеличенным недостатком, научить его скрывать от окружающих болезненные переживания. Необходимы психотерапевтические мероприятия, направленные на социальную реабилитацию больного. При дисморфомании шизофренической природы проводят лечение основного заболевания. При сверхценном регистре расстройств наиболее показаны мягкие нейролептики: хлорпротиксен (труксал), тиоридазин (сонапакс), этаперазин и др. Бредовой регистр расстройств требует назначения более высокопотентных нейролептиков-антипсихотиков (трифтазин, флюанксол, пипортил и др.), а также атипичных нейролептиков (рисперидон, оланзапин, сероквель).

28.8. Нервная анорексия

Нервная анорексия (лат. *anorexia nervosa*) — заболевание, характеризующееся потерей веса, чрезмерным страхом полноты, искаженным представлением о своем внешнем виде.

Распространенность нервной анорексии наиболее высока в цивилизованных странах, где от анорексии страдают примерно 2–5% девушек и молодых женщин, причем наблюдается ее поступательный рост в последние десятилетия, обозначаемый некоторыми авторами как «анорексический взрыв в популяции». Девушки заболевают чаще юношей, соотношение мужчин и женщин 1:10–1:20, хотя в последнее время участились случаи заболевания и среди мужчин.

Появлению названной патологии в пубертатном периоде во многом способствуют психологические особенности «кризиса созревания». В этом отношении наиболее значимым является процесс трансформации индивидуального сознания, его социализации. Подростки начинают обостренно воспринимать отношение к себе со стороны, их чрезвычайно заботит то впечатление, которое они производят на окружающих, мнения и высказывания последних. У здоровых подростков также могут иметь место транзиторные переживания по поводу «набрать лишний вес» и тем самым подвергнуться насмешкам, но эти переживания довольно быстро замещаются, компенсируются другими, свойственными подросткам интересами и увлечениями. Выделяют два пика заболеваемости: первый — в 13–14 лет, второй — в 17–19 лет.

Несомненна связь аноректического синдрома с дисморфоманией. У подростков с нервной анорексией в детстве, как правило, имело место весьма незначительное повышение веса. В пубертатном периоде по этому поводу часто возникают замечания со стороны окружающих (сверстников, родителей, тренеров и т.д.), которые болезненно воспринимаются подростками. И любая неосторожно отпущенная шутка

относительно пышности форм может перерасти в дисморфофобию, т.е. в невротический страх, связанный с физическим недостатком, чаще всего мнимым. Связь нервной анорексии с другой распространенной патологией пубертатного и юношеского возраста — дисморфоманией (дисморфофобией) — подчеркивается в работах М.В.Коркиной и других авторов, в течение многих лет занимавшихся проблемой нервной анорексии в отечественной психиатрии. Также причиной, вызывающей расстройство питания, может стать, например, желание соответствовать «стандарту» и походить на кинозвезд, фотомоделей и других кумиров молодежи. В результате стремление уменьшить свой вес, похудеть приобретает доминирующий или сверхценный характер.

В последние годы в отечественной психиатрии в клинике нервной анорексии выделяются обычно этапы: инициальный, аноректический, кахектический — и исходы заболевания: практическое выздоровление, рецидивирующее течение, летальный исход в результате необратимых изменений внутренних органов.

Инициальный (дисморфофобический или дисморфоманический) этап характеризуется недовольством своей внешностью в связи с «излишней полнотой» с появлением навязчивых или сверхценных идей избавления от мнимого или чрезмерно переоцененного «физического недостатка». Продолжительность этапа от 3–6 мес. до 2–3 лет.

С целью похудения больные начинают резко ограничивать прием пищи, вплоть до полного прекращения на несколько дней, или переходят на жесткие диеты, изучая питательность каждого продукта, старательно высчитывая калории, избегая тех видов пищи, от которых можно «растолстеть». Ввиду свойственной этим больным склонности к диссимуляции, они стараются скрыть от окружающих (и в первую очередь от родителей) не только мотивы своего поведения, но и само осуществление этой «коррекции», делают все для того, чтобы питаться отдельно от других членов семьи, а если это не удастся, прибегают к различным уловкам и хитростям: незаметно выплевывают уже пережеванную пищу и прячут ее, незаметно перекладывают пищу со своей тарелки в другие и т.д. Достигнув значительной потери веса, они обычно не бывают удовлетворены и продолжают ограничивать себя в еде, при этом регулярно взвешиваются. Возможны эпизодические рудиментарные идеи отношения: окружающие неодобрительно осматривают их фигуру, осуждают за имеющиеся «изъяны». Фон настроения при этом нередко понижен. Аппетит в это время еще не утрачен. Воздержание от еды приводит к снижению массы тела на 10–12% от первоначальной. Почти у половины больных в этот период бывают неконтролируемые эпизоды приема большого количества пищи, которые иногда называют «кутежами». Самоограничение в еде нередко вызывает чрезмерное чувство голода — булимию (волчий голод). По мнению М.В.Коркиной, М.А.Цивилько и др., булимия является одной из стадий нервной анорексии и поэтому нецелесообразно выделять ее в виде самостоятельной формы. Во время «кутежа» больные в большом количестве потребляют

именно те продукты, которых обычно старались избегать в связи с их высокой калорийностью (например, торты, булки с маслом и вареньем и т.д.). В связи с возникающим ощущением раздутости желудка вследствие переедания они начинают искусственно вызывать у себя рвоту. Вслед за «кутежами» возникает «раскаяние», приводящее к активизации попыток «сбросить вес». Попытки контроля родителей за потреблением пищи вызывают у больных возмущение, они могут прятать еду, кормить ею животных (иногда специально заводят для этих целей собак) или тайком вызывать у себя рвоту сразу после приема пищи.

К концу этого периода к клинической картине добавляется еще один существенный признак, характеризующий повреждение гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы, — аменорея у женщин и утрата полового влечения и потенции у мужчин. Иногда именно аменорея, а не расстройство приема пищи является поводом первичного обращения к врачу. Если заболевание начинается в препубертатном периоде, то половое развитие задерживается или приостанавливается.

Аноректический этап. Достигнув значительной потери веса, больные обычно не бывают удовлетворены даже самой низкой массой тела и продолжают ограничивать себя в еде. Этап условно заканчивается похудением на 20—50% от исходной массы тела с развитием множественных соматоэндокринных осложнений.

В основе поведения больных по-прежнему лежат дисморфоманические расстройства, способствующие искаженному восприятию собственного тела, не дающие возможности оценить степень похудения. Остается неудовлетворенность видом своего тела, но при этом идеи отношения уже полностью исчезают и депрессивные переживания становятся все менее выраженными. Главным в поведении становится активное стремление к коррекции внешности посредством упорных ограничений в еде, вплоть до практически полного отказа от приема пищи. Для достижения основной цели порой используются экстремальные методы контроля массы тела: изнуряющие физические нагрузки, активные занятия спортом, прием в больших количествах слабительных и мочегонных средств, препаратов, снижающих аппетит, клизм. По-прежнему в случае булимических эпизодов больные прибегают к искусственной рвоте, более того, рвота у них часто становится рефлексорной на поступление пищи в желудок. Так как рвота и злоупотребление слабительными зачастую приводят к гипокалиемии и алкалозу, следствием этого могут быть судорожные пароксизмы, сердечные аритмии. Соматическое обследование позволяет обнаружить признаки диффузного нарушения трофики и гиповолемии, свидетельствующие о хроническом голодании и обезвоживании: сухие, холодные, синюшные конечности; тонкие пушистые волосы с признаками алопеции, «пушок» на спине и лице у юношей, брадикардия (40—55 уд./мин), гипотония (90/60 мм рт.ст.), гипотермия. Характерны аменорея у девушек, импотенция у юношей.

На этом этапе нередко отмечают у больных несколько приподнятое настроение, которое сопровождается раздражительностью вплоть до

эксплозивности, склонностью к истерическим реакциям, если возникают препятствия на пути удовлетворения притязаний больных. Повышенная активность может выражаться в гиперкомпенсаторных формах поведения — стремлении при собственном постоянном самоограничении в еде перекармливать других членов семьи и особенно младших братьев и сестер. При этом больные проявляют большой интерес и способности к приготовлению самых разнообразных блюд, собирают рецепты, иногда даже специально изучают кухни разных стран.

Кахектический этап может наступить уже через 1–1,5 года после начала активного ограничения приема пищи. В клинической картине заболевания преобладают различные соматоэндокринные нарушения. Выраженные нарушения функций внутренних органов на фоне значительной потери массы тела (50% и более) представляют серьезную угрозу для жизни пациентов и требуют экстренной медицинской помощи. Нарушены функции ЦНС, сердечно-сосудистой, костно-мышечной, репродуктивной и эндокринной, желудочно-кишечной и мочеполовой систем, системы крови. При благополучной динамике состояния эти расстройства носят обратимый характер. Следует подчеркнуть, что серьезные нарушения репродуктивной функции являются как одним из значимых диагностических критериев, так и признаком, чувствительным к восстановлению массы тела. В случае систематического комплексного лечения у подавляющего большинства больных после восстановления исходной массы тела менструации появляются вновь.

Психическое состояние характеризуется преобладанием астенодинамических нарушений. Отказ от еды или резкое ограничение в приеме пищи сохраняются. Причиной отказа на данном этапе являются не столько стремление к похуданию, сколько неприятные ощущения (тяжесть, распирание в подложечной области, изжога, отрыжка), которые возникают у больных после приема пищи. Попытки накормить больных встречают бурную реакцию протеста с истерическими проявлениями. Госпитализация таких больных зачастую происходит по жизненным показаниям. Возможен летальный исход. Смерть обычно наступает от сердечной аритмии и остановки сердца.

В качестве клинического примера приведем письмо 19-летней девушки, размещенное на одном из форумов в Интернете.

«Когда мне исполнилось 16 — я влюбилась, по-настоящему, всем сердцем. Это был мой первый молодой человек и первый мужчина (до этого парней у меня не было по причине жуткой занятости учебой, было не до этого). Так вот... Я познакомилась с ним на курсах при университете, куда я собиралась поступать. Наши отношения развивались быстро и очень красиво. Через пару недель он признался мне в любви и сказал, что кроме меня ему не нужна больше ни одна девушка, что я — ангел, ну, и прочее, в этом духе... Я была самой счастливой, в школу летала просто на крыльях! Так мы встречались около года. Все было сказочно, пока в один прекрасный день мой любимый не заявил мне: «Нам с тобой

лучше разойтись. Я люблю другую». Я была в шоке... Оказалось, что за последние полгода наших отношений он крутил роман с моей подругой-моделью с потрясной фигуркой. Я много думала, когда он ушел, много плакала, начала прогуливать школу (раньше никогда такого не делала, тем более, в последний год обучения!), забила на курсы (не хотела с ним сталкиваться), постоянно что-то жевала... Думала о несправедливости жизни и т.д. Так, после недельной депрессии, с 68 кг веса, я решила, что пора стать секс-бомбой всем назло (особенно ЕМУ).

Так и пошло. Признаюсь, что спортом до 17 лет я вообще не занималась (кроме вынужденных занятий физ-рой), т.к. и без того вела очень активный образ жизни. А диеты... ну, я на них никогда не сидела, только изредка устраивала кефирные дни (с мамой за компанию), в остальное же время я ела то, что хотела, сколько хотела и когда хотела. Вот я и решила взять над собой шефство и похудеть к выпускному. Я начала снижать кол-во пищи, не ела после 18 часов и каждый день делала комплекс от Синди Кроуфорд. Результат было видно уже через неделю — вес снизился до 61 кг. Мне это понравилось, НО... даже слишком. Я продолжала снижать кол-во потребляемой пищи и ее калорийность, а физнагрузки, напротив, увеличивать (2 раза за день упомянутый комплекс).

Где-то через месяц мой рацион питания скатился до 1 дольки лимона и чашечки кофе за день, сил заниматься спортом почти не было, стала часто терять сознание в метро. Вес был уже где-то 52—53, а я, между тем, считала себя толстухой... Боже, как я ненавидела еду, и каким только образом не прятала ее от мамы (выкидывала в окно, в туалет, обратно в кастрюлю, а когда еда была неизбежна — ела, а после вызывала у себя рвоту).

Время шло. На выпускном балу все говорили мне, что я потрясающе постройнела, а мне казалось, что я жирдяйка, а они надо мной издеваются... Потом наступило лето... чудная пора, но меня не радовала. Каждый день в голове крутилась одна мысль — ПОХУДЕТЬ! (вес тогда был около 46—47 кг). Переломом стал мой 18-й день рождения. Мама пригласила домой кучу гостей из всяческих моих друзей и знакомых, даже ЕГО(!). На столе была куча разнообразной и разноцветной вкуснятины, и у меня, впервые за последние месяцы, проснулся аппетит. И я откусила кусочек именинного пирога (до этого я несколько месяцев питалась соками, кофе, изредка позволяла откусить какой-нибудь фрукт)... но... мне сразу стало плохо — все вышло назад, после чего я потеряла сознание... Дальше начался ад... Скорая, больница, диагноз **НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ**. В больнице, взвесив меня, врач громко произнес: «43 кг!» И тут меня осенило — **ЧТО Я НАДЕЛАЛА...** Как только меня выписали — я начала пытаться исправить содеянное; отражение в зеркале (там было бледное чудище с торчащими костями) меня пугало, я **ХОТЕЛА ПОПРАВИТЬСЯ!!!** К сожалению, мой организм не был со мной солидарен, и все, что я ела или пила, сразу же выходило обратно, вопреки моему желанию. Так я пыталась пару недель, а потом сил уже не стало... вес все падал. Сейчас мне 19. При 170 см мой вес составляет 38 кг. Я не могу есть. Постоянно

лежу-сплю (двигаться уже не в состоянии), даже это письмо печатает моя подруга с моих слов. Мое будущее загублено, а, точнее, его просто нет (у меня цирроз печени). Врачи сказали, что мне осталось несколько месяцев... Знаете, я этого очень жду. Нет больше сил мучиться и мучить окружающих, видеть мамины слезы. Это наказание от Бога за мой грех. Простите за такое большое письмо. Может, его и не опубликуют, но это неважно. Просто выговориться хотелось. И еще раз предупредить молодых девчонок — **ВЫ ПРЕКРАСНЫ! НЕ КАЛЕЧЬТЕ СВОЮ ЖИЗНЬ!** И если кому-то вы не понравились — значит, это не ваш человек. Отпустите его и живите дальше, ваша вторая половинка обязательно вас найдет. А тот парень... Он заходил ко мне недавно — плакал, просил прощения, сказал, что он расстался со мной потому, что на моем фоне чувствовал себя глупым и неполноценным, что я была для него слишком умна и популярна. Но мне уже не важно...»

Результаты проводимых терапевтических мероприятий не всегда оказываются устойчивыми: при нормализации функций внутренних органов и увеличении массы тела больные предпринимают попытки вновь ограничивать прием пищи на фоне появляющегося страха полноты (дисморфоманический характер переживаний). Это зачастую является существенным механизмом возобновления расстройства у 2/3 пациентов. Причиной смерти больных нервной анорексией может быть суицид. Как показали исследования суицидального поведения у больных нервной анорексией, риск заверченного суицида остается высоким на протяжении по меньшей мере 8 лет с момента диагностики расстройства.

Этиология и патогенез

В настоящее время причины и механизмы нервной анорексии недостаточно ясны. По-видимому, расстройство возникает в результате сочетания индивидуальной предрасположенности и социальных факторов, индуцирующих к соблюдению диеты.

Генетические факторы. Родственники первой линии родства имеют большую вероятность развития нервной анорексии. У монозиготных близнецов отмечена большая конкордантность по заболеваемости, чем у дизиготных. Анализ сцепления генов в пределах генома не обнаружил локусы для широкой диагностической категории нервной анорексии. Генетическая уязвимость, заключающаяся, вероятно, в предрасположенности к определенному типу конституции, которому присущи факторы, опосредующие проявления очистительного поведения (самовызываемая рвота), ограничительных паттернов питания. Проявляться генетическая предрасположенность и уязвимость могут в неблагоприятных условиях, например при неправильной диете или после эмоционального стресса.

Биологические факторы. К ним относят избыточную массу тела в детском возрасте и раннее наступление первой менструации. Придается

значение дисфункции регулирующих пищевое поведение нейромедиаторов, таких как серотонин, дофамин, норадреналин, обнаруживаемой у пациентов с расстройствами пищевого поведения.

Семейные факторы — больше шансов возникновения расстройства пищевого поведения у тех, кто имеет родственников или близких, страдающих нервной анорексией, нервной булимией или ожирением. В семьях больных нервной анорексией часто описывают особый «внутрисемейный климат» — доминирование деспотичной матери в воспитании ребенка при подчиненном положении отца и неучастии его в воспитании детей, что, возможно, является фактором, способствующим развитию расстройств пищевого поведения и препятствующим выздоровлению. Определенное значение в происхождении нервной анорексии придается таким факторам, как отрицательное отношение к еде в семье, закармливание ребенка в раннем детстве.

Личностные факторы. К психологическим факторам риска относятся перфекционистски-обсессивный тип личности, низкая самооценка, чувство собственной неполноценности, неуверенности в себе. Довольно часто можно отмечать в характере больных наличие черт замкнутости, повышенную требовательность к себе и окружающим, бескомпромиссность, отсутствие гибкости в отношениях с окружающими, чрезмерное чувство долга, повышенную добросовестность, заостренное самолюбие, стремление к высоким показателям в учебе («болезнь отличниц»), аскетическое отношение к вопросам, связанным с полом, отсутствие желания нравиться подросткам противоположного пола, пренебрежение девушками нарядами и украшениями.

Имеются указания на то, что *определенные виды деятельности* могут способствовать развитию расстройств пищевого поведения, в том числе и нервной анорексии. Большая предрасположенность к анорексии отмечена у учащихся балетных школ, гимнастов, моделей.

Культуральные факторы. К ним относятся проживание в индустриально развитой стране, акцент на худобе как главном признаке красоты.

Диагностика

Тщательная диссимуляция больными своего состояния нередко приводит к установлению разнообразных диагнозов, а появление вторичных выраженных соматоэндокринных расстройств чаще всего дает повод заподозрить у них эндокринную патологию. Именно поэтому клиническую картину нервной анорексии должны хорошо знать не только психиатры, но и терапевты, педиатры, эндокринологи, и во всех случаях нарастающей потери массы тела самым тщательным образом необходимо собирать анамнез и обследовать больных.

Терапия

Не существует единого мнения в отношении форм адекватной медицинской помощи больным нервной анорексией. По мнению отечественных исследователей и клиницистов, лечение целесообразно проводить в ус-

ловиях психиатрического стационара. Определяющими физическими параметрами, характеризующими вид и объем необходимой помощи, являются вес пациента, состояние сердечно-сосудистой системы и метаболических процессов. Желательно, чтобы пациент был госпитализирован в психиатрический стационар до появления признаков соматической нестабильности. В ситуациях, когда нервная анорексия угрожает жизни пациента (масса тела уменьшается на 40% и более, имеются выраженные соматические нарушения), требуется неотложная помощь, включая оказание помощи в недобровольном порядке. При упорных отказах от пищи целесообразно назначение парентерального питания (предпочтительнее кормления через зонд по психологическим мотивам).

В лечении нервной анорексии ключевыми элементами являются улучшение соматического состояния, поведенческая, когнитивная и семейная психотерапия. Фармакотерапия является симптоматической и представляет собой дополнение к другим видам терапии. Неотъемлемыми компонентами лечения являются алиментарная реабилитация и меры, направленные на восстановление массы тела.

Лечебное питание пациентов, страдающих нервной анорексией, составляет важную часть лечения. При хроническом голодании потребность в энергии снижена, следовательно, прибавке веса можно способствовать, обеспечивая вначале относительно низкое поступление калорий, затем постепенно его повышая. Парентеральное питание (внутривенное введение глюкозы и питательных смесей) направлено на борьбу с тяжелым нарушением питания и призвано предотвратить гибель пациента. Однако слишком энергичное кормление любым путем может легко нарушить тот хрупкий метаболический баланс, который устанавливается у пациента. Парентеральное кормление может осложниться повышением уровня печеночных ферментов (трансаминаз) и нарушением электролитного равновесия, что иногда приводит к смерти. Существуют специальные схемы наращивания питания, соблюдение которых гарантирует отсутствие побочных эффектов и осложнений в виде отеков, нарушения минерального обмена, поражения органов пищеварения.

Симптоматическая терапия направлена на поддержание жизненно важных функций (гомеостаза) и коррекцию нарушений метаболизма.

Фармакотерапия при нервной анорексии используется ограниченно. При тяжелом состоянии больных она противопоказана. Ограниченно используются для снятия тревоги и страха накануне приема пищи транквилизаторы (феназепам, лоразепам.) При улучшении общего физического состояния в настоящее время используются современные атипичные нейролептики, в частности оланзапин, эффективно снижающие высокий уровень тревоги, навязчивые проявления и способствующие увеличению массы тела. Неплохо себя зарекомендовали препараты группы ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, миансерин и др.). Эти препараты целесообразно назначать для профи-

лактики возобновления расстройства у пациентов с нормализованной массой тела и для лечения наблюдающихся при нервной анорексии депрессивных и обсессивно-компульсивных проявлений.

Поведенческая психотерапия. Когнитивная психотерапия направлена на исправление искаженных когнитивных образований в виде восприятия себя толстым, определения собственной ценности исключительно в зависимости от образа собственного тела и глубокого чувства неэффективности и неполноценности. Одним из элементов когнитивной терапии является когнитивное реструктурирование. При этом подходе пациенты должны найти специфические негативные мысли, составить перечень доказательств в пользу этих мыслей и перечень доказательств, опровергающих эти мысли, сделать обоснованный вывод и использовать его для управления собственным поведением. Еще одним существенным элементом когнитивной терапии является мониторинг. Пациент должен делать ежедневные записи в отношении приема пищи, включая тип съеденных продуктов, время приема пищи и описание окружающей обстановки, в которой принималась пища.

Семейная психотерапия особенно эффективна у пациентов младше 18 лет. Направлена на коррекцию нарушения отношений в семье, приводящего к развитию заболевания. В программах *алиментарной реабилитации* обычно используют эмоциональную заботу и поддержку, а также разнообразные техники поведенческой психотерапии, которые предусматривают сочетание подкрепляющих стимулов, объединяющих физические упражнения, постельный режим, кроме того, отдается приоритет целевой массе тела, желательным формам поведения и информативной обратной связи.

28.9. Психические нарушения у детей младшего возраста

Психические нарушения раннего детского возраста (первых 3 лет жизни) изучаются относительно недавно и недостаточно исследованы, что во многом связано с особой сложностью оценки ранней детской психики, ее незрелостью, абортивностью проявлений, трудностями в разграничении нормы и патологии. Существенный вклад в разработку этого направления детской психиатрии внесли работы Г.К.Ушакова, О.П.Парте (Юрьевой), Г.В.Козловской, А.В.Горюновой. Было показано, что у детей раннего возраста, начиная с младенческого, эпидемиологически выявляется широкий круг психических нарушений (эмоциональных, поведенческих, умственного развития, речевых, двигательных, психо-вегетативных, пароксизмальных и др.) на пограничном и психотическом уровне в виде реакций, фаз и процессуальных расстройств. Их частота незначительно отличается от распространенности у взрослых. По данным Г.В.Козловской, распространенность психической патологии (болезненность) у детей до 3 лет составила 9,6%, психическая заболеваемость — 2,1%. Накопленные знания о психической патологии

у детей раннего возраста дают основания рассматривать *микropsихиатрию* (по терминологии известного детского психиатра Т.П.Симсон) как самостоятельную область детской психиатрии.

Психопатология раннего детства имеет ряд характерных особенностей: полиморфизм и рудиментарность симптоматики; сочетание психопатологических симптомов с теми или иными формами нарушенного развития психических функций; тесная спаянность психических расстройств с неврологическими; сосуществование начальных и конечных проявлений болезни.

Нарушения эмоций

Снижение общей эмоциональности в раннем возрасте может проявляться отсутствием комплекса оживления, улыбки при виде ухаживающих за ним; успокоения на руках у близких; реакции недовольства на несвоевременное кормление, невыполнение должного ухода. Снижение настроения часто сопровождается нарушением аппетита, сна, общим недомоганием, дискомфортом и нередко жалобами на боли в животе. Для первых лет жизни характерна анаклитическая депрессия, возникающая при разлуке с матерью: ребенок часто плачет, не гулит, недостаточно активно берет грудь, отстаёт в прибавлении веса, склонен к частым срыгиваниям и другим проявлениям диспепсий, подвержен респираторным инфекциям, отворачивается к стене, вяло реагирует на игрушки, при появлении знакомых лиц не обнаруживает положительных эмоций.

У дошкольников часто встречаются жалобы на скуку, лень, снижение настроения, сопровождающиеся пассивностью, медлительностью, психопатоподобным поведением. Повышение эмоций в виде гипомании или эйфории обычно проявляется моторной гиперактивностью и нередко уменьшением продолжительности сна, ранними вставаниями и повышением аппетита. Встречаются и такие эмоциональные нарушения, как эмоциональная монотонность, тусклость и даже выхолощенность в качестве проявления эмоционального дефекта. Бывают и изменения эмоций смешанного типа.

Выраженное снижение аппетита у грудных детей и детей младшего возраста встречается при резких изменениях привычных условий жизни с периодическим отказом от еды и рвотой. У более старших детей известны *однообразные предпочтения в еде*, сохраняющиеся длительное время (едят только мороженое или картофельное пюре в течение ряда лет 3 раза в день), упорное избегание мясных продуктов или поедание несъедобных вещей (например, шариков поролона).

Задержка психомоторного развития или его *неравномерность* (задержанное или асинхронное умственное развитие) может быть неспецифической (доброкачественной), проявляющейся запаздыванием становления двигательных, психических и речевых функций на любом возрастном этапе без появления патологических синдромов. Подобный тип задержки не связан с повреждением мозга, легко поддается коррек-

ции. С возрастом компенсируется при благоприятных условиях внешней среды без лечения.

При *специфической задержке психомоторного развития* нарушения становления двигательных, психических и речевых функций, связанные с повреждением мозговых структур, проявляются патологическими синдромами и не компенсируются самостоятельно. Специфическая задержка психомоторного развития может возникать в результате воздействия гипоксически-ишемических, травматических, инфекционных и токсических факторов, нарушения обмена веществ, наследственных заболеваний, раннего начала шизофренического процесса. Вначале специфическая задержка психомоторного развития может быть парциальной, но в дальнейшем обычно развивается тотальная (генерализованная) задержка психомоторного развития с равномерным нарушением двигательных, психических и речевых функций.

Характерна повышенная *общая нервность* с чрезмерной возбудимостью, склонностью к вздрагиваниям, раздражительностью, непереносимостью резких звуков и яркого света, повышенной утомляемостью, легко возникающими колебаниями настроения с преобладанием гипотимных реакций, плаксивости и тревожности. При любых нагрузках легко возникают вялость и пассивность или беспокойство и суетливость.

Страх темноты часто бывает у маленьких детей, особенно нервных и впечатлительных. Обычно он возникает во время ночного сна и сопровождается кошмарными сновидениями. Если эпизоды страха повторяются с определенной периодичностью, наступают внезапно, во время них ребенок отчаянно кричит, не узнает близких, после внезапно засыпает, а проснувшись, ничего не помнит, то в таком случае необходимо исключить эпилепсию.

Дневные страхи очень разнообразны. Это страх животных, персонажей сказок и мультфильмов, одиночества и толпы, метро и автомобилей, молнии и воды, изменений в привычной обстановке и любых новых людей, посещения дошкольных учреждений, телесных наказаний и т.д. Чем более вычурны, нелепы, фантастичны и аутистичны страхи, тем более они подозрительны в плане их эндогенного происхождения.

Патологические привычки порой диктуются *патологическими влечениями*. Это упорное стремление грызть ногти (онихофагия), сосать палец, соску или кончик одеяла, подушку, раскачиваться, сидя на стульчике или в кровати перед сном (яктация), раздражать половые органы. Патология влечений может выражаться и в упорном поедании несъедобных вещей, игрушек, сосании грязного пальца, испачканного калом. В более выраженных случаях нарушение влечений проявляется в виде ауто- или гетероагрессивности уже с грудного возраста, например, в упорном стремлении биться головой о край кровати или в постоянном кусании груди матери. У этих детей часто появляются потребность мучить насекомых или животных, агрессия и сексуальные игры с игрушками, стремление ко всему грязному, отвратительному, дурно пахнущему, мертвому и т.д.

Ранняя повышенная сексуальность может заключаться в стремлении к подглядыванию, желании касаться интимных мест у лиц противоположного пола. Для оценки психического состояния детей младшего возраста показательны особенности игровой деятельности, например, *склонность к стереотипным, странным или аутичным играм или играм с бытовыми предметами*. Дети могут часами перебирать или перекладывать из одной емкости в другую луковицы или пуговицы, рвать на мелкие кусочки бумажки и складывать из них кучки, шуршать бумажками, играть струей воды или переливать воду из одного стаканчика в другой, по многу раз выстраивать паровозик из обуви, делать башенку из кастрюль, сплести и завязывать узлы на веревочках, катать взад и вперед одну и ту же машинку, рассаживать вокруг себя только мягких зайчиков разных размеров и цветов. Особую группу составляют игры с воображаемыми персонажами, и тогда они тесно спаяны с патологическими фантазиями. В таком случае дети оставляют на кухне корм или молочко «для динозавриков» или кладут на тумбочку около кровати конфету и мягкую тряпочку «для гномика».

Чрезмерная склонность к фантазированию возможна начиная с одного года и сопровождается яркими, но отрывочными образными представлениями. Она отличается особой охваченностью, затрудненным возвращением в реальность, стойкостью, фиксацией на одних и тех же персонажах или темах, аутистической загруженностью, отсутствием желания в свободное время рассказать о них родителям, перевоплощением не только в живые, но и в неодушевленные предметы (калитку, домик, фонарик), сочетанием с нелепым коллекционированием (например, экскрементов птичек, грязных целлофановых пакетов).

Рудиментарные обманы чувств в области любого анализатора иногда возможны с одного года. Они сопровождаются страхом и соответствующим поведением. Этому способствуют слабое развитие речи и полное слияние галлюцинаторного образа с реальностью. Ребенок может всматриваться в угол комнаты или обходить определенные места, бояться бытовых предметов (картины, выключателя), просить пропылесосить постель для удаления насекомых, отказываться спать с незашторенными окнами, в которые «заглядывает колдунья», оглядываться из-за окликов или необычных звуков, не ложиться спать в свою постель, так как под ней «живет крокодил» и т.д. Очень редко галлюцинации бывают императивными и, как правило, дети не выполняют приказов.

Однообразно повторяющиеся **навязчивые движения и действия**, первоначально носящие приспособительный характер (моргание при конъюнктивите, поворот головы из-за тесного воротничка, вызванное ОРЗ покашливание), со временем приобретают привычный, автоматизированный характер. В дальнейшем повторяющиеся движения могут возникать помимо воли ребенка, утрачивать свою целесообразность, воспроизводиться определенное число раз, повторяться бесконечно.

Вычурные стереотипные движения (хождение на носочках, однообразный, бесцельный бег, «челночный» бег, движение по кругу с одно-

временным верчением вокруг своей оси, качание головой и всем телом, выкрики непонятных звуков), сочетающиеся с изменением мышечного тонуса, общей пассивностью, отрешенностью от окружающей действительности, могут быть проявлениями **кататонического симптомокомплекса** в раннем детстве.

Бредовые идеи нехарактерны для раннего детского возраста. По данным ряда авторов, бредоподобное патологическое фантазирование может появляться у больных детей не ранее 5–7-летнего возраста. Чаше проявляются в виде стойкого убеждения во враждебности, недоброжелательности со стороны окружающих или негативного отношения ребенка к близким, особенно к матери, как правило, сочетаются с исчезновением привязанности, теплых чувств, с изменением поведения самого ребенка. Он становится грубым, жестоким, бесчувственным. Нарастающее погружение ребенка в мир патологических переживаний, нередко сопровождающееся отношением к живым объектам, как к неживым и наоборот, нежеланием общаться со сверстниками и другими незнакомыми ему людьми, является ранним признаком **аутизма**.

Врач может заметить **нарушения мышления** в виде ускорения или замедления, вязкости мышления. Часто изменение скорости мышления связано с аффектом.

Общее **недоразвитие речи** или неправильное ее развитие может быть следствием задержки формирования интеллекта, олигофрении, логопедической патологии, алалии.

Заикание (затруднение при произнесении отдельных звуков, слогов или слов с их частым повторением или растягиванием) и **муттизм** (отсутствие речевого контакта с отдельными людьми или со всеми на определенное время) легко возникают в различных ситуациях, особенно в раннем возрасте, при наследственной предрасположенности и органическом фоне.

Самой распространенной формой хронических нарушений поведения в детском возрасте является **синдром дефицита внимания с гиперактивностью**, который связывают с минимальной мозговой дисфункцией, вызванной перенесенной гипоксией, недоношенностью и другими причинами. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью проявляется двигательной расторможенностью (гиперактивностью) и импульсивностью поведения. Кроме того, для большинства детей с этим синдромом характерны двигательная неловкость, неуклюжесть. Помимо повышенной моторной активности отмечают невозможность сосредоточиться на чем-то одном, легкая отвлекаемость, быстрая смена настроения, затрудненное засыпание, неглубокий сон, моторное беспокойство во сне, тревожность. Возможны также нарушение пространственного восприятия и трудности в отвлеченном мышлении, разнообразные речевые нарушения, вегетативные дисфункции.

Нередко выявляются **характерологические изменения** с появлением новых, не свойственных ранее ребенку черт характера. Они могут сопровождаться повышенной возбудимостью, упрямством, грубостью,

агрессивностью, драчливостью, конфликтностью, даже жестокостью, стремлением делать назло, причинять боль и мучения, получая от этого удовольствие, двигательной расторможенностью. У других детей возникают отгороженность, равнодушие к близким, замкнутость. Наконец, возможно нарастание чрезмерной тревожности, ранимости, впечатлительности, пугливости.

Явления деперсонализации проявляются поздним формированием «Я» в речи. В таких случаях и после 3 лет дети не говорят «Я» или отзываются о себе в третьем лице. В играх и фантазиях они склонны к перевоплощению в предметы и животных, при этом могут не отзываться на собственное имя. Изредка некоторые дети при расспросах могут сказать, что «все вокруг не такое, все выглядит серым, как в кино». Подобные описания квалифицируются как эквивалент дереализации.

Ипохондрические проявления у маленьких детей редкие, стертые и abortивные. Однако и у них возможны чрезмерная фиксация на состоянии собственного здоровья, неприятные и необычные ощущения в теле («распирает голову», «булькает в животе», «давит глаза»). Часто дети не могут или не хотят назвать соответствующую мучающую область и только показывают ее пальчиком. По-видимому, основой многих жалоб являются *сенестопатии*. Следует отметить преобладание неприятных ощущений в животе. При более тщательном расспросе оказывается, что это не боли, а другие ощущения, описать которые ребенок затрудняется. При психоорганическом расстройстве часто бывают упорные головные боли, порой сочетающиеся с плохой переносимостью жары, духоты, транспорта, изменений погоды. Чем больше в жалобах необычного, вычурного, странного, тем чаще выявляется эндогенное заболевание.

Расстройства схемы тела могут быть ранним проявлением делирия или острого начала другого психоза. Для данной патологии характерны следующие жалобы: «голова огромная, как кастрюля», «руки длинные, как у паука». Еще труднее определить *метаморфозии* — искаженное восприятие величины и формы предметов.

Ночные пробуждения, сопровождающиеся произнесением каких-либо фраз или слов (*сноговорение*) или совершением различных автоматизированных действий: садится, встает, идет в другую комнату, одевается или раздевается, производит еще какие-то действия, привычные для ребенка (*снохождение*, или *лунатизм*), — могут быть при разных заболеваниях. Часто необходимо исключить эпилепсию. Другие **пароксизмальные расстройства**: приступы ночных или дневных страхов, повторяющиеся атаки соматовегетативных расстройств у детей младшего возраста (чаще всего проявляющиеся приступами болей в животе, ларингоспазмом, затрудненным выдохом) — требуют исключения текущих органических и наследственно-дегенеративных заболеваний.

Таким образом, психические отклонения у детей первых лет жизни многообразны и являются клинической реальностью.

Глава 29.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С НАРУШЕНИЕМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

В данную группу включены разнообразные психические расстройства, связанные с инстинктами и сложными физиологическими функциями человека — пищевым и сексуальным поведением, сном, продолжением рода и т.д. Известно, что основная масса больных с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с физиологическими нарушениями и соматическими факторами, не доходят до «узких» специалистов и наблюдаются у врачей первичного звена медицинской помощи. Будучи широко распространенными, психические нарушения в этих сферах часто не распознаются вследствие близости их к обычным физиологическим проявлениям жизнедеятельности. Кроме того, дополнительным барьером при выявлении некоторых из них является психологически понятное нежелание врача вторгаться, а пациента — раскрывать интимные детали своей жизни (особенно сексуальной сферы).

Считается, что вопросы вторжения в сферу интимных отношений, особенно связанных с половым и пищевым влечениями человека, относятся к компетенции «узких» специалистов — психиатров, сексологов, психотерапевтов. Но для того, чтобы пациент мог попасть к соответствующим специалистам этого профиля, врач общей практики должен уметь выявить подобные расстройства и при необходимости направить пациента к «профильным» специалистам.

29.1. Болевые проявления в клинике психических расстройств

Жалобы на болевые проявления являются одной из главных причин обращения пациентов к врачам общего профиля. Среди таких пациентов большая доля (по некоторым данным до 30%) приходится на лиц, страдающих различными формами психической патологии. Боли могут быть следствием неврологической, сосудистой, травматической патологии. Например, причинами головных болей могут быть мигрень, повышение внутричерепного давления, вызванное, в частности, объемными процессами в головном мозге, сосудистые дистонии, повышение

мышечного тонуса (головная боль напряжения при неврастении) и др. Периферические боли, в том числе по типу парестезий, в различных частях тела чаще всего связаны с невралгиями, вызванными полинейропатиями (сосудистой, диабетической и др.) или патологией позвоночника. *От истинных болевых ощущений необходимо отличать расстройства общего чувства, проявляющиеся в виде телесных сенсаций, называемых сенестопатиями, которые относятся к симптомам психических заболеваний.* Наиболее часто сенестопатические проявления наблюдаются в клинике шизофрении.

Клинические проявления и механизмы хронического болевого синдрома (ХБС) и основные формы психических заболеваний, в структуре которых данный синдром наблюдается, свидетельствуют об их коморбидности и полиморфизме. Основными характеристиками хронической боли являются: длительность (более 6 мес.), устойчивость к проводимой терапии, отсутствие прямой зависимости от вызвавшей ее причины. Такая боль отличается непрерывным угнетающим характером, высокой коморбидностью с психической и соматической патологией, которая, в свою очередь, усиливает болевой синдром. В этих случаях образуется порочный круг и «боль порождает боль». Клиническая картина любого ХБС характеризуется так называемым болевым поведением, которое включает комплекс вербальных (субъективные жалобы больных) и невербальных (стоны, поза, шадящая походка, отдергивания, потирание больного места, мимика больного, гримасы) реакций и более сложные поведенческие формы (неустанный поиск медицинской помощи, систематический прием анальгетиков, избегание секса, самоизоляция дома, физические упражнения и процедуры, почерпнутые из разных источников или разрабатываемые самими больными). Подобное поведение негативно влияет на адаптацию индивидуума и тем самым усугубляет болевой синдром.

Клиническая реальность и многочисленные данные литературы убедительно показывают коморбидность ХБС с рядом психопатологических состояний. С одной стороны, соматогенные персистирующие боли часто сопровождаются развитием пограничных психических расстройств, в первую очередь депрессии, астении, ипохондрии. Формирование психопатологических расстройств в таких случаях объясняется реакцией пациента на болевые ощущения, т.е. боль рассматривают как причинный фактор, по отношению к которому психические нарушения являются вторичными. С другой стороны, существуют болевые расстройства, имеющие исключительно психопатологическое происхождение, чаще всего обозначаемые термином *алгопатии*. При алгопатиях источник боли может полностью отсутствовать или играть роль только пускового фактора.

Сама по себе эта группа неоднородна и включает два вида алгопатий: *психогенную* и *идиопатическую боль*. С позиций традиционного нозологического подхода, необъяснимые с точки зрения соматической медицины патологические телесные ощущения считались симптомами

заболеваний эндогенного круга — шизофрении и маниакально-депрессивного психоза (при соматизированных или маскированных формах эндогенной депрессии) или пограничных психических расстройств — чаще в рамках конверсионной истерии, ипохондрии, неврастении и некоторых формах психопатий. Начиная с 1980 г. для кодирования психических расстройств, имитирующих своими проявлениями органическую патологию, используется диагностическая рубрика «соматоформные расстройства». Алгические проявления рассматриваются в подрубике F45.4 «Устойчивое соматоформное болевое расстройство».

Анализ многих эпидемиологических исследований показывает наибольшее сродство ХБС с аффективными нарушениями депрессивного спектра. При хронической боли необходимо прежде всего «искать» депрессию. В работах последних лет многие авторы считают депрессию ведущим фактором снижения трудоспособности у больных с хронической болью, а также наиболее значимым мотивационным фактором обращения за медицинской помощью. При эндогенной и психогенной депрессиях хроническая болевая симптоматика выявляется у 50–60% больных, причем независимо от нозологических рамок. Многие авторы обращают внимание на тот факт, что сочетание депрессии и ХБС приводит у таких пациентов к нарушению социальной и профессиональной адаптации, снижению качества жизни. Кроме того, депрессия понижает порог болевой чувствительности, что приводит к усилению боли и повышению доз анальгетиков.

Диагностическое значение ХБС и его выявление. Особое внимание необходимо уделять пациентам с многочисленными соматическими жалобами, не находящими подтверждения при клиническом и инструментальном обследовании и не поддающимися обычной терапии. В таких случаях боль может быть симптомом психического расстройства (соматоформные боли). Своевременное выявление депрессии у больных с ХБС является первостепенной и в то же время непростой задачей для врача-интерниста. Иногда больные умышленно скрывают депрессивные симптомы или считают их проявлениями боли, так как боль социально более приемлема. Пациенты с хронической болью часто страдают от бессонницы, также относя ее к действию боли. Риск суицида, всегда существующий у депрессивных пациентов, увеличивается при выраженных болевых расстройствах. Поэтому врач должен вовремя выявить и начать лечить депрессию, в противном случае терапия боли может оказаться неэффективной. В случае психогенных причин ХБС в развитии этих расстройств ведущую роль играют поведенческие механизмы, в основе которых лежит психологическая защита. Пациент, испытывая боль, каждый раз получает позитивное подкрепление от окружающих в виде усиления внимания, заботы, ухода, денежной помощи, социальных льгот и др. То есть здесь прослеживается известный механизм «условной приятности и желательности» имеющегося расстройства. Подобный механизм характерен для детского и подрост-

кового возраста, а также наблюдается у личностей с чертами инфантилизма.

Лечение ХБС

В настоящее время традиционные подходы к лечению сопряженного с депрессией или не зависимо от нее ХБС предусматривают включение в «базовую» терапию (наряду с анальгетиками, противовоспалительными средствами) антидепрессантов. При этом спектр препаратов, рекомендуемых при ХБС, достаточно широк: это тимоаналептики различной структуры и механизма действия, хотя предпочтение отдают ТЦА, особенно амитриптилину и кломипрамину (анафранилу). Появление новых антидепрессантов двойного действия (венлафаксин, милнаципран, дулоксетин), сходного с норадренергической и серотонинергической активностью амитриптилина, но отличающихся от него более благоприятным спектром побочных явлений, открывает новые возможности их применения при ХБС. При лечении пациентов с ХБС необходим междисциплинарный подход, предполагающий объединение усилий интернистов, психиатров, клинических психологов и психотерапевтов в рамках так называемой интегративной медицины (В.Н.Козырев). Такой подход дает возможность наиболее полно представить себе картину болезни и отдельные ее звенья, расширяет диагностические и терапевтические возможности у пациентов с соматическими жалобами. Основной способ психотерапии — поведенческая терапия, направленная на выявление и ликвидацию всех факторов, которые подкрепляют боль. Проводиться такая психотерапия должна специально подготовленными врачами-психотерапевтами.

29.2. Расстройства приема пищи (анорексия, булимия)

Расстройства приема пищи, связанные с усилением аппетита, его ослаблением или полным отсутствием, относятся к наиболее универсальным, представленным в клинике как соматической, так и психической патологии. Основными причинами **анорексии** могут быть заболевания, которые так или иначе сказываются на потере аппетита — расстройства эндокринной системы, заболевания органов пищеварения, онкологические заболевания и др. Анорексия может стать последствием приема некоторых лекарств или злоупотребления ими. Например, это происходит при употреблении лекарственных препаратов с неприятным вкусом, подавляющих функцию желудочно-кишечного тракта или действующих на ЦНС (например, амфетамина и его производных, кокаина).

Среди психических расстройств потеря аппетита характерна для депрессивных состояний, невротических нарушений. Отказ от еды может быть формой демонстративно-истерических реакций, реакций протеста или оппозиции, особенно в подростковом возрасте. Анорексия

может встречаться и у совсем маленьких детей, чаще при насильственном кормлении или нарушении правил прикорма. Причиной отказа больных от еды могут быть продуктивные психотические расстройства (галлюцинации, бред).

Наиболее известной формой анорексии является нервная анорексия, характеризующаяся резким ограничением или отказом от еды, типичная для подростково-юношеского возраста. Подробное описание этого заболевания приведено в главе 28. Нервную анорексию следует отличать от естественного желания избавиться от лишнего веса, когда ограничение в еде носит разумный характер, не доходит до истощения и не основано на болезненном представлении образа своего тела. Помимо типичных вариантов нервной анорексии, относящейся к расстройствам невротического регистра, в клинической практике распространены *аноректические расстройства в структуре психических заболеваний, главным образом — неврозоподобной шизофрении*.

По данным статистики, при неврозоподобной форме шизофрении аноректический синдром встречается примерно в 10% случаев, чаще у мужчин. По мнению М.В.Коркиной, в подавляющем большинстве наблюдений синдром нервной анорексии у мужчин встречается в рамках малопрогредиентной шизофрении. Ведущим симптомом является упорный отказ от еды, сведение до крайнего минимума количества употребляемой пищи или очень строгая и вычурная диета, также приводящая к нарастающему истощению вплоть до тяжелой кахексии. В клинической картине могут иметь место почти все основные признаки, характерные для пубертатной нервной анорексии: страстная убежденность в наличии у себя какого-то воображаемого физического недостатка, неприятного для окружающих; идеи отношения; угнетенное настроение.

Однако при неврозоподобной шизофрении обычно нет ни четкой исходной мотивации, толкнувшей на голодание, ни страстного желания избежать полноты тела, похудеть, иметь грациозную фигуру. Причины голодания или строгой диеты формулируются расплывчато, витиевато, логическая связь их с голоданием прослеживается не всегда (например, «хочу иметь продолговатое лицо, как у Христа» или «хочу исправить форму таза»). В некоторых случаях подростки не могут объяснить, почему они начали голодать, или категорически отказываются дать объяснения. Нередко не удается выявить какого-либо провоцирующего психогенного фактора. Никто не дразнил, не называл толстым или это было много лет назад, а сейчас почему-то всплыло в памяти. У некоторых больных убежденность в «безобразной полноте» имеет парадоксальный характер: возникает при дефиците (иногда выраженном) массы тела.

Вычурные диеты, построенные на заумных доводах, иногда выступают на первый план, заслоняя голодание. Подросток может питаться исключительно только одним каким-либо продуктом, например, яблоками, медом или морковью, пить настой из трав и т.п. Чувство голода мучает заметно меньше, чем при типичной пубертатной нерв-

ной анорексии, больших усилий для того, чтобы подавить голод, не требуется. В некоторых случаях рано начинают выявляться замкнутость и отчужденность от близких, даже враждебное отношение к ним, падение общей активности. В отличие от эндореактивной пубертатной анорексии еще до наступления тяжелого истощения заметно ухудшается успеваемость. Появляются жалобы на трудность сосредоточения. Блекнут интересы, нарастает бездеятельность, выступают витиеватость мышления и склонность к резонерству. Могут появиться также другие, не свойственные пубертатной нервной анорексии, obsessions и фобии, иногда по типу полидисморфомании. Более выражены идеи отношения и снижение настроения по типу вялой депрессии. О шизофрении свидетельствуют также присоединившиеся деперсонализационно-дереализационные переживания, ипохондричность, бесплодное мудрствование, склонность к философической интоксикации, причем «философские принципы» подводятся под вычурные диеты. Однако перечисленные различия нередко появляются не сразу (особенно при вялом течении процесса). В таких случаях дифференциальный диагноз определенное время может быть весьма затруднен.

Лечение синдрома анорексии в рамках вялотекущей неврозоподобной шизофрении должно базироваться на принципах лечения основного заболевания (шизофрении) и включать преимущественно психофармакотерапию, в частности нейролептики и антидепрессанты.

Повышение аппетита также может иметь множество причин, среди которых находятся как биологические (органическая патология головного мозга, эндокринные заболевания, опухоли головного мозга, глистные инвазии, побочное действие лекарств и др.), так и психические и социальные. Среди психических расстройств, при которых повышен аппетит, можно указать умственную отсталость, различные виды деменции, маниакальные состояния, злоупотребление психоактивными веществами. Особое место среди расстройств приема пищи занимает синдром нервной булимии.

Булимией называют эпизодическое неконтролируемое поглощение большого количества пищи (обжорство) с последующей рвотой, использованием слабительных средств или диуретиков, голодания или интенсивных физических упражнений, направленных на предотвращение прибавки массы тела. В отечественной психиатрии до последнего времени превалировало мнение (М.В.Коркина и др.) о том, что нервная анорексия и нервная булимия — это не два разных варианта, а стадии одного заболевания, при котором самоограничение в еде может перейти в булимию, либо нервная анорексия и нервная булимия сосуществуют. Больные какое-то время ограничивают себя в еде, но затем не выдерживают голодания и не могут удержаться от поглощения больших количеств пищи — с течением времени развивается булимия. Хотя пациенты добиваются искусственной эвакуации пищи после эпизодов переедания, далеко не всем из них удается достичь желаемого эффекта — похудения. Наоборот, масса тела постепенно возрастает, что

побуждает пациентов вновь энергично изыскивать средства для «борьбы с полнотой».

В зарубежной психиатрии *нервная булимия* рассматривается в качестве самостоятельного расстройства наряду с нервной анорексией с конца 1970-х годов, в МКБ-10 она выделена в отдельную рубрику F50.2 «Нервная булимия».

Нервной булимией называется психосоматический синдром, характеризующийся повторяющимися приступами «волчьего» голода с перееданием и чрезмерной озабоченностью контролем веса тела. Из опасения растолстеть больные часто сразу после еды вызывают у себя рвоту, пытаются ограничивать прием пищи, постятся, применяют лекарственные препараты и интенсивно занимаются спортом.

Отличие нервной булимии от похожих эпизодов, наблюдающихся в клинике нервной анорексии, заключается в том, что при нервной булимии приступы «волчьего» голода являются *первичными*, определяющими динамику расстройства. При анорексии больные также вызывают у себя рвоту для уменьшения массы тела, прежде всего после неизбежных семейных обедов или при стационарном лечении. Больные тайком идут в туалет и освобождаются от пищи. При нервной анорексии больные одержимы сверхценной идеей похудения.

Распространенность булимии трудно поддается оценке. После Первой мировой войны булимия у молодых женщин описывалась как казуистика, а в последние 30 лет в публикациях она упоминается все чаще. Булимия все больше обгоняет нервную анорексию по частоте, но не по необходимости в клиническом лечении. Наибольшее число больных выявляется при опросах населения. Так, в США 10% женщин в возрасте от 15 до 35 лет отмечают у себя булимические эпизоды.

Этиология и патогенез

Причина булимии неизвестна. Однако большинство специалистов считают, что это состояние обуславливается многими факторами, включая наследственные, гормональные, психологические и социальные. Родители больных, как правило, принадлежат к верхнему слою среднего класса и отличаются претенциозностью и высокими амбициями.

Распространенность булимии в современном обществе связывают с культурной системой ценностей и формами жизни общества. Болеют булимией женщины преимущественно в возрасте от 15 до 30 лет с наличием в преморбиде склонности к импульсивным аффективным поступкам и колебаний настроения. Это подтверждается отчетливым лечебным эффектом антидепрессантов. Имеет значение давление социальных стереотипов, согласно которым молодая женщина должна быть обязательно стройной. Вероятно, женщины, которые особенно серьезно воспринимают социальные критерии и требования к идеалу женской красоты, в большей мере, чем другие, склонны недооценивать себя.

Первые приступы булимии чаще всего связаны с трудностями и умеренно сложными ситуациями, такими как разлука с близкими людьми.

с друзьями или подругами, производственные конфликты и т.д. Большинство женщин описывают свое состояние перед развитием булимического приступа как чувство наступившего одиночества, пустоты и разочарования в других людях, ощущение разрыва, скуки, печали и депримированности. В таких случаях утешает процесс еды и питья, как бы отстраняющая от тяжелой ситуации. Это удовольствие, известное с детства, хочется испытывать как можно чаще, как нечто такое, что создает утешение, снимает напряжение, дает на время удовлетворение и хорошее самочувствие. Приступу переедания часто предшествует импульсивная закупка большого количества продуктов, а иногда даже их воровство. Такая ситуация может приводить к появлению «волчьего» аппетита, к приступу жадной еды и к тому порочному кругу, который и создает булимию. Стремясь противодействовать повышению массы тела от съедаемой пищи, больные прибегают к искусственному вызыванию рвоты, приему слабительных, мочегонных препаратов, препаратов, подавляющих аппетит, либо используют в качестве альтернативы периоды голодания.

Течение заболевания волнообразное, с периодами обострений и затихания. Опасные осложнения для здоровья и жизни возникают гораздо реже, чем при нервной анорексии. Чрезмерной потери массы тела не бывает. Среди осложнений следует отметить нарушения электролитного баланса (гипокалиемию) вследствие частых рвот, кариес как результат действия желудочного сока, содержащегося в рвотных массах, на зубную эмаль, запоры и поносы в связи с приемом слабительных.

Помимо нервной булимии выделяют *психогенные формы переедания*. К этой группе расстройств приема пищи относятся случаи, связанные с потерей близких, жизненными лишениями и трудностями. Подобные расстройства отмечаются и в детском возрасте независимо от пола ребенка, вызваны они чаще всего нарушением внутрисемейных отношений. Развитию обжорства у детей могут способствовать конфликтные взаимоотношения между матерью и ребенком. Нередко дети начинают употреблять непомерное количество пищи в том случае, если они считают себя заброшенными, лишенными ласки, обделенными по сравнению со своими братьями и сестрами. Изменение аппетита может развиваться при помещении ребенка в интернат и связанной с этим душевной изоляцией. Для такого ребенка пища является источником положительных эмоций и «приобретений», механизмом защиты от депрессии, лекарством от страха.

Терапия

Лечение булимии требует объединения усилий врачей разных специальностей. В отличие от больных нервной анорексией больные булимией более охотно идут на лечение, активно ищут помощи. Для того чтобы выбрать адекватное лечение, в каждом отдельном случае булимии следует принимать во внимание особенности больного, т.е. возраст, мотивацию, хронизацию, способность к адекватной самооценке, физическое и психическое состояние, тяжесть расстройства личности,

злоупотребление алкоголем, опасность суицидов и т.д. Важную роль играет, по-видимому, индивидуальная психотерапия, которую должен проводить вызывающий доверие больного специалист. Используются поведенческие и когнитивные приемы. Не меньшую пользу может принести и групповая терапия, проходящая в теплой и дружеской атмосфере. Из медикаментозных средств отчетливый позитивный эффект дают антидепрессанты — трициклические (мелипрамин, анафранил) или из группы СИОЗС (флувоксамин, флуоксетин и др.).

Выздоровление обычно происходит медленно. Однако больные поддаются излечению.

29.3. Расстройства сна

Нарушения сна являются одной из самых распространенных жалоб при психических и соматических заболеваниях. Известно, что бессонницей страдает в целом до 20–25% населения, поэтому она часто встречается в работе врача общей практики и нередко вызывает затруднения в лечении, так как причины нарушения сна не всегда распознаются. Помимо бессонницы (*инсомнии*) расстройства сна могут проявляться излишней сонливостью (*гиперсомнией*) и *парасомниями* — аномальными формами поведения во время сна (снохождение, ночные ужасы и кошмары).

Этиология

Сон регулируется ретикулярной формацией и искажается при множестве причин. В описание сна входят поведение сна (движение глазных яблок, перемещение в постели, снохождение), позы сна, звуки сна, нейрофизиологические стадии сна. Сон в норме представляет собой циклический процесс и состоит, как было показано путем записи ЭЭГ и полиграфических исследований, из нескольких стадий. Фаза быстрого сна, который также называют «сон со сновидениями», возникает впервые через 90 мин после засыпания, сопровождается быстрым движением глаз, падением мышечного тонуса. Пробуждение человека во время этой фазы проявляется сновидениями, воспоминания о которых сохраняются. Фаза медленного сна, сопровождающаяся гиперсинхронизацией на ЭЭГ, связана с амнезией, снохождением, ночными кошмарами, воспоминания о которых после пробуждения, как правило, не сохраняются.

Нарушения сна в клинике психических расстройств

Бессонница — нарушение количества и качества сна, проявляющееся жалобами на трудности засыпания, прерывистость сна, раннее пробуждение, ухудшение качества сна — сон не приносит чувства отдыха. Кратковременные эпизоды нарушений сна, особенно у людей пожилого возраста, могут наблюдаться под влиянием преходящих ситуационных факторов, вызывающих состояние психоэмоционального стресса, и не должны рассматриваться как инсомния. Согласно МКБ-10, к *диагностическим критериям* бессонницы относятся:

- жалобы на плохое засыпание, трудности сохранения сна или на плохое качество сна;
- нарушение сна как минимум 3 раза в неделю на протяжении одного месяца;
- озабоченность бессонницей и ее последствиями;
- дистресс в результате бессонницы и препятствие социальному и профессиональному функционированию (снижение работоспособности, повышенная утомляемость, раздражительность и т.д.).

Наиболее частыми причинами бессонницы являются:

- конфликты и стрессы в повседневной жизни;
- предстоящие в ближайшем будущем тревожные жизненные события и перемены, непривычная обстановка, смена часовых поясов;
- различные соматические расстройства, прежде всего связанные с болевым синдромом;
- прием лекарств и психоактивных веществ, включая синдром отмены;
- психические расстройства: невротические состояния, сопровождающиеся тревогой, депрессии, мании, острые психотические состояния.

Бессонница у больных невротическими расстройствами имеет, как правило, психогенную природу, связана с психотравмирующими обстоятельствами. У таких больных в большей степени нарушено засыпание, которому препятствуют тревожные мысли и анализ перед сном сложившейся ситуации, поиск выхода. Мешают засыпанию явления гиперестезии: постель кажется неудобной, раздражают звуки транспорта за окном, тиканье часов, посторонний храп и др. Сон поверхностный, с частыми пробуждениями, беспокоят сновидения, тематически связанные с источником психогении. Утром больные чувствуют себя разбитыми, неотдохнувшими.

Лечение бессонницы у больных с тревожными, психогенно обусловленными расстройствами следует начинать с инструкций, касающихся гигиены сна:

- постараться лечь в одно и то же время, но не слишком рано;
- избегать дневного сна;
- создать комфортные условия для сна (исключение шума, удобная постель и т.д.);
- не следует ложиться в постель, пока не появилась потребность во сне, если сон не наступает через полчаса, лучше встать и заняться какой-либо спокойной привычной деятельностью и при появлении сонливости снова лечь в постель;
- перед сном можно принять теплую ванну, теплое питье, исключить кофе и крепкий чай, не наедаться перед сном и не ложиться с пустым желудком;
- в случае пробуждения ночью не смотреть на часы, а постараться снова уснуть.

До назначения медикаментозного лечения следует применять фитотерапию. Среди веществ растительного происхождения выраженный седативный и снотворный эффект дают препараты валерианы, зверобоя, хмеля, пустырника, мелиссы. Используют их в виде чая. Хороший эффект дают психотерапевтические приемы, использующие методы релаксации, аутотренинга.

Из медикаментозных средств лечения бессонницы наиболее широко используются транквилизаторы (бензодиазепины). Но при назначении препаратов данной группы врач должен помнить о возможности формирования у пациента лекарственной зависимости. Поэтому назначение транквилизаторов на срок более 2 нед. не рекомендуется. Из группы бензодиазепинов наиболее часто используются: нитразепам (радедорм), диазепам (седуксен, реланиум), феназепам, а также новые гипнотики: бензодиазепиновый — альпразолам (ксанакс), небензодиазепиновый — имован (зопиклон). В ряде случаев в качестве снотворных средств используются антигистаминные препараты (пипольфен, тавегил). Хороший эффект в лечении инсомнии отмечается при использовании антидепрессантов, особенно последних поколений: миансерина (леривона), доксемина (синеквана), ремерона. Нейролептики в качестве снотворных применяются у пациентов с более выраженными психическими расстройствами. Барбитураты в качестве снотворных в настоящее время практически не применяются в связи с их токсичностью, тяжелыми побочными действиями и способностью вызывать зависимость.

Бессонница у *больных депрессивными расстройствами* чаще носит характер ранних пробуждений. В структуре депрессии могут иметь место деперсонализационные проявления в виде отчуждения витальных чувств, поэтому больные могут заявлять, что они «всю ночь не сомкнули глаз», несмотря на то, что объективно у них можно наблюдать все признаки сна. Лечение нарушений сна при депрессии проводится в комплексе с терапией основного синдрома, целесообразно назначать в вечернее время антидепрессанты седативного действия (амитриптилин, миансерин и др.).

Бессонница у *больных с маниакальными расстройствами* вызвана их повышенной активностью, возбужденностью, повышением витального тонуса. Сон больных наступает поздно ночью, пробуждение раннее, или они могут не ложиться спать совсем. Лечение нарушений сна проводится в комплексе с лечением основного синдрома — нейролептиками, препаратами лития, карбамазепином.

Нарушения сна по типу бессонницы, наблюдаемые *при психотических расстройствах* — делирии, остром приступе шизофрении или обострении непрерывно текущего шизофренического процесса — проводится в комплексе с лечением основных проявлений психоза.

Гиперсомния неорганической природы

Клиническая картина гиперсомнического расстройства заключается в том, что пациенты жалуются на повышенную сонливость днем в са-

мое неподходящее время, внезапные приступы сна в транспорте и даже при вождении машины. Некоторые из них говорят о том, что не могут сразу проснуться после сна и сновидение и сон вторгаются в обычную жизнь, что заставляет их совершать неадекватные поступки (просоночное состояние и опьянение сном). В результате гиперсомнии возникает избегание ситуаций, в период которых пациент может заснуть. Это служит психотравмирующей ситуацией для личности, приводит к возникновению невротических симптомов в виде раздражительности и напряженности.

Дифференциальный диагноз гиперсомнии следует проводить с органической нарколепсией, для которой характерны наряду с повышенной сонливостью катаlepsия, паралич сна и наплывы гипнагогических галлюцинаций, а также с синдромом сонного апноэ, для которого характерны ночные остановки дыхания после храпа, заторможенность днем, и болезнью Пиквика, обусловленной склерозом артериол легких, при которой сонливость сопровождается некоторой одышкой.

Терапия

В лечении используют ноотропы со стимулирующим действием, растительные стимуляторы и небольшие дозы мелипрамина.

Снохождение (сомнамбулизм)

Причиной является возникновение функционального очага бодрствования, который вторгается в стадию глубокого сна. Механизмы этого нарушения до конца не ясны. Чаще встречается у мальчиков.

Клиническая картина

Состояние измененного сознания, при котором сочетаются феномены сна и бодрствования. В течение первой трети сна пациент ночью встает с открытыми глазами, пытается куда-то идти, часто на балкон, к двери, иногда берет с собой подушку и одеяло, меняет место расположения постели. На попытку разбудить реагирует негативно, глаза раскрыты, мигание чаще отсутствует. После пробуждения — амнезия, признаков пароксизмальной активности на ЭЭГ нет.

Дифференциальная диагностика должна проводиться с эпилептическим сомнамбулизмом, при котором обнаруживается пароксизмальная активность на ЭЭГ и есть другие пароксизмальные признаки.

Терапия

Лечение заключается в углублении сна с помощью бензодиазепинов (феназепам) или малых доз amitриптилина.

Расстройства физиологических отпавлений

Данный тип расстройств, характерный для детского и подросткового возраста, описан в главе 28.

29.4. Психосексуальные расстройства

Нарушения сексуальной функции человека многообразны и могут быть вызваны огромным количеством причинных факторов, как органических, так и психических, личностных. Практика показывает, что именно сексуальные дисфункции часто являются причиной обращения пациентов за медицинской помощью в первичном звене здравоохранения, однако из-за определенных психологических барьеров эти причины оказываются скрытыми за самыми различными неспецифическими соматическими или психическими жалобами. Повсеместно встречаются случаи, когда при сборе жалоб и анамнестических сведений врач и пациент как бы вступают в негласный сговор не касаться этой стороны жизни пациента, что не позволяет своевременно выявить у него имеющиеся нарушения в сексуальной сфере и направить к соответствующим специалистам (сексопатологам, андрологам, урологам, психотерапевтам и др.), способным оказать эффективную помощь.

В данной главе рассматриваются сексуальные дисфункции, имеющие преимущественно неорганическую (психогенную или невротическую) природу. Нарушения половой идентификации рассматриваются в главе 24.

Половые дисфункции психической, чаще всего невротической, природы необходимо дифференцировать с многочисленными органическими половыми дисфункциями, связанными с поражением периферических сосудов, в том числе пещеристых тел, спинномозговыми нарушениями, заболеваниями центральной нервной системы, психоэндокринными расстройствами. Наиболее распространены половые дисфункции психического генеза.

Отсутствие или потеря полового влечения

Отсутствие или потеря полового влечения (либидо) могут быть *первичными*, связанными с особенностями семейного воспитания, переживаниями раннего детства, травматическим сексуальным опытом, личностными особенностями (чаще у шизоидных и обсессивно-компульсивных личностей). У мужчин это расстройство обычно носит название импотенции, что не совсем верно, так как половое влечение может присутствовать, несмотря на неспособность мужчины к совершению полового акта, вызванную соматическими, травматическими, неврологическими заболеваниями или приемом некоторых лекарственных препаратов. У женщин отсутствие полового влечения называется фригидностью, что также не в полной мере отражает характер имеющегося нарушения. У многих женщин фригидность проявляется отсутствием полового удовлетворения (оргазма), но половое влечение при этом сохранено, а иногда даже повышено (при так называемой конституциональной фригидности у больных истерическим расстройством личности). Большинство авторов исключают возможность существования врожденной половой холодности у женщин и склонны считать, что в ее основе лежат

психические и соматические факторы. Среди психических факторов наибольшую роль, вероятно, играет ошибочное отношение к сексуальности, приводящее к значительному снижению либидо.

Проявляется отсутствие или утрата либидо редкими (эпизодическими) половыми контактами или полным отсутствием последних. Холодным в половом отношении принято считать такого человека, который никогда, ни с каким партнером, несмотря на наличие с ним эмоциональной связи и отсутствие каких-либо нарушений в «технике» полового акта, не испытывал сильного полового возбуждения и оргазма или вообще не достигал полового возбуждения.

Снижение либидо характерно для возрастных физиологических изменений, связанных с перестройкой гормональных процессов. Данное расстройство отмечается у половины мужчин и женщин в возрасте после 45 лет, однако реальные цифры, вероятно, больше. Первичная потеря полового влечения обычно сопровождается невротическими реакциями, характер и степень выраженности которых зависит от пола (более выражены у мужчин) и возраста (более актуальны для молодого возраста).

Снижение либидо может выступать как *вторичный симптом* при психических или органических заболеваниях. У мужчин редко возникает первичная половая холодность, при которой невозможно было бы выявить какие-либо соматические причины. Чаще всего у них отмечается снижение либидо как следствие невротически обусловленных неудач в сексуальной жизни. Последняя фаза динамического процесса развития сексуального невроза или сексуальной невротической реакции характеризуется снижением или полным отсутствием сексуальной потребности и избеганием сексуальных контактов. Утрата полового влечения в таких случаях может возникать вторично по отношению к импотенции.

Среди психических заболеваний, которым может сопутствовать снижение либидо, на первый план выступают депрессивные синдромы различной природы и шизофрения. Соматические заболевания, приводящие к развитию импотенции и утрате либидо, характеризуются преобладанием гормональных расстройств (недостаточность функций половых желез, гипофиза и прежде всего гипоталамуса), также к утрате полового влечения могут приводить хронические истощающие системные или органные заболевания.

Отсутствие генитальной реакции

Данное расстройство чаще всего обозначается как эректильная дисфункция, импотенция у мужчин, расстройство полового возбуждения у женщин и др. У мужчин проявляется затруднением наступления или поддержания эрекции, достаточной для совершения полового акта, т.е. импотенцией. Она бывает тотальной или селективной, при которой мужчина вполне способен совершить половой акт, но только с определенным партнером. Среди взрослых молодых мужчин импотенция

встречается примерно в 8–10% случаев. Наиболее частой (70–80% наблюдений) является *функциональная импотенция*, связанная с психологическими или психогенными факторами: тревогой по поводу возможной неудачи, моральными запретами, дисгармонией партнеров, межличностными конфликтами, страхом заражения и т.д.

К психологическим причинам относят угасание сексуального влечения к партнеру на почве «привыкания». Это распространенное явление, связанное с потерей привлекательности и прогрессирующим снижением уровня возбуждения при повторных предъявлениях одного и того же сексуального стимула.

Однако для постановки диагноза функциональной импотенции необходимо исключить возможные органические причины, среди которых можно назвать: соматические заболевания (гипертензия, инфекции, опухоли, почечная и печеночная недостаточность и др.), эндокринные расстройства (микседема, гипер- и гипотиреоз и др.), травмы головного и спинного мозга, неврологические заболевания (рассеянный склероз, периферические невропатии и др.), хирургические вмешательства (простатэктомия), урологические нарушения (фимоз), употребление психоактивных веществ (алкоголя, опиатов, барбитуратов, курение), прием психотропных препаратов (транквилизаторов, нейролептиков, антидепрессантов и др.), а также эстрогенов, гипотензивных и противосудорожных средств и многих других лекарств, недостаточность питания, дефицит витаминов и т.д.

У женщин нарушение сексуальной активации проявляется отсутствием увлажнения влагалища, что обычно сопровождается аноргазмией. Причинами этого, как и у мужчин, чаще всего являются психологические факторы (подавленность, чувство вины и стыда, страх беременности и т.д.). Необходимо исключать наличие гормональных расстройств, таких как нарушения обмена пролактина, эстрогенов и др.

Нарушения оргазма

Состояние, когда оргазм не возникает совсем или значительно задерживается, несмотря на наличие нормальной фазы сексуального возбуждения, носит название *аноргазмии*. Обычно наблюдается у женщин. К аноргазмии у женщин не относятся случаи, когда оргазм не достигается при коитусе, но возникает при мастурбации.

Частота данного расстройства у женщин достигает, вероятно, 10–15%. При этом выделяют *первичную* аноргазмию, когда женщина никогда ранее не испытывала оргазм при любом виде стимуляции, и *вторичную*, когда ранее оргазм возникал, но затем перестал наступать. Причины аноргазмии у женщин имеют чаще всего психологическую природу и включают страх сексуальных отношений и беременности, чувство вины и стыда (так как в сознании людей иногда оргазм связан с потерей контроля над собой), психологическое отвержение сексуального партнера, давление прежнего воспитания, культуральных норм и предрассудков. Определенное значение имеет неправильная техника секса.

Для мужчин аноргазмия менее характерна. Выделяют *оргазмическую ангедонию* — отсутствие субъективного удовольствия во время оргазма при сохранении эякуляции. Часто нарушение оргазма связано с задержанной эякуляцией или ее отсутствием. Причины аноргазмии у мужчин также в большинстве случаев носят психогенный характер — страх перед беременностью у партнерши, враждебность или отсутствие сильного влечения к ней, ее недостаточная привлекательность, прежние попытки женщины использовать секс с целью манипуляции своим партнером, унижения в сексе и т.д.

Причинами аноргазмии и задержанной эякуляции могут быть соматические факторы: повреждения пояснично-крестцового отдела позвоночника, последствия хирургических операций (простатэктомия), — а также употребление психоактивных веществ (алкоголя, марихуаны), лекарственных препаратов (гипотензивных, антидепрессантов, нейролептиков и др.).

Преждевременная эякуляция представляет собой неспособность мужчины задерживать эякуляцию и оргазм до времени, необходимого для получения удовлетворения обоими партнерами (при этом подразумевается, что женщина не страдает аноргазмией). Преждевременная эякуляция является одной из наиболее частых сексуальных жалоб у мужчин. В тяжелых случаях эякуляция возникает еще до введения пениса во влагалище или сразу же вслед за этим. Необходимо отметить, что способность произвольно контролировать время наступления эякуляции минимальна у подростка и приобретается с сексуальным опытом.

Причины расстройства лежат почти исключительно в психологической сфере и включают тревогу по поводу своей способности удовлетворить партнершу, чувство вины, сексуальную неграмотность, дисгармонию в межличностных отношениях партнеров, травматический сексуальный опыт в прошлом и т.д.

Вагинизм и диспареуния

Вагинизм представляет собой повторяющийся непроизвольный спазм мышц, окружающих влагалище, который препятствует половому акту или гинекологическому обследованию. При этом сексуальная откликаемость может быть сохранена и клиторальная стимуляция может вести к оргазму. Если подобное явление возникает вследствие каких-либо органических причин, обуславливающих локальную боль, то диагноз вагинизма не ставится. Распространенность вагинизма заметно меньше, чем аноргазмии. Причины его исключительно психологические: травматический опыт в прошлом (изнасилование или слишком болезненная дефлорация), чрезмерно строгое половое воспитание, когда секс приравнивается к чему-то постыдному и греховному, эмоциональное неприятие партнера и т.д.

Диспареуния — это повторяющиеся боли в гениталиях как во время полового акта, так и до и после него. При этом не обнаруживается иных первичных сексуальных нарушений (например, сухости влагалища вследствие

слабой сексуальной активации), а также какой-либо явной органической причины, объясняющей боль (вагинита, рубцов и т.п.). Психологические причины диспареунии у женщин аналогичны причинам, вызывающим вагинизм. В практике наблюдается частое сочетание этих расстройств. В то же время необходимо исключать органические причины диспареунии, такие как аномалии строения, инфекции влагалища, цистит, эндометрит, опухоли, сухость влагалища при кормлении грудью и в менопаузе и т.д., что требует лечения у гинеколога, уролога или хирурга.

У мужчин боли при коитусе связаны, как правило, с органическими причинами — травмой полового члена, болезнью Пейрони и т.д.

Повышенное половое влечение

Повышенное либидо, называемое нимфоманией у женщин и сатириазисом, или синдромом Дон Жуана, у мужчин, в чистом виде встречается не столь часто и имеет психологические причины, связанные с внутриличностными конфликтами. У мужчин повышенная половая активность обычно носит характер гиперкомпенсации и направлена на маскировку неосознанного чувства собственной неполноценности, неудовлетворенности собой и неспособности достичь сексуальной гармонии и удовлетворения. У женщин причинами такого поведения часто является стремление преодолеть то или иное сексуальное расстройство (например, аноргазмию) либо компенсировать свои неудачи в достижении каких-либо социальных целей.

Значительно чаще гиперсексуальность является симптомом ряда психических нарушений — маниакальных расстройств, органической патологии головного мозга, включая деменции пожилого возраста.

Мастурбация

В подавляющем большинстве случаев мастурбация не относится к патологии, а является предшественником или заменителем-суррогатом обычного сексуального поведения. В течение жизни почти все мужчины и женщины когда-либо прибегают к этой форме сексуальной активности. В раннем детстве — это один из способов познания своего тела и его функций, в подростковом — совершенно непатологический способ снижения сексуального напряжения ввиду социальных запретов на обычную половую жизнь. Во взрослом возрасте, когда человек ведет нормальную сексуальную жизнь, мастурбация используется тогда, когда сексуальный партнер или коитус по каким-то причинам недоступен.

Патологическими являются лишь случаи, когда мастурбация принимает компульсивный характер, полностью выходит из-под контроля пациента и заменяет все виды половой активности, а также используется с иными, несексуальными целями (снятие чувства страха, вины, тревоги и т.д.). Встречается подобный тип мастурбации довольно редко и связан в основном с психическими расстройствами в рамках шизофрении, органических заболеваний головного мозга с явлениями деменции или умственной отсталостью. Никаких научных данных о том, что мастур-

бация может вести к снижению сексуальной функции или быть причиной психических расстройств, не получено, и задачей врача является разъяснение этого пациентам в тех случаях, когда это необходимо.

Значение мастурбации в клинике психических расстройств у детей и подростков. Г.С.Васильченко и другие сексопатологи считают, что *раннюю допубертатную (до подросткового возраста) мастурбацию следует считать одним из проявлений преждевременного психосексуального развития*. Родители не должны оставлять без внимания мастурбацию у детей 8–10 лет, так как она может быть обусловлена растлевающим влиянием подростков или взрослых либо психическими нарушениями. В тех и других случаях подкрепление мастурбации оргазмом возможно лишь в результате снижения порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм, поэтому таких детей необходимо обязательно обследовать у сексопатолога. При преждевременном психосексуальном развитии наблюдается и ускоренное начало полового созревания, поскольку происходит стимуляция половых органов и анализаторов многих органов чувств (зрения, осязания, слуха), сигналы о раздражении поступают в головной мозг.

Преждевременное психосексуальное развитие может беспокоить детей приступообразными ухудшениями общего самочувствия в сочетании со специфическими ощущениями (иногда болевыми) в половых органах. Но сами дети жалоб обычно не предъявляют. На гиперсексуальность ребенка обычно обращают внимание родители или воспитатели, которых беспокоит, что сексуальность у него проявляется очень рано и не «исправляется» воспитательными мерами. Некоторые родители в своих «педагогических» мерах проявляют чрезвычайную жесткость, но обычно такие «воспитательные» меры не приводят к устранению имеющихся нарушений. Родителям следует разобраться, кто оказал на ребенка такое влияние. Винить ребенка в ранней мастурбации, наказывать, ругать, а тем более бить нельзя ни в коем случае. Он станет скрытным, запуганным, а его психическое состояние может еще больше утяжелиться. Многие дети не способны самостоятельно справиться со своей гиперсексуальностью. Ребенок еще не понимает, что это плохо, поскольку удовлетворение влечения ему приятно, а неудовлетворенность, наоборот, вызывает психический дискомфорт и неприятные ощущения. Он не способен понять последствия реализации своего преждевременного психосексуального развития. В любом случае при обнаружении преждевременной сексуальности ребенка нужно проконсультироваться с сексопатологом или детским психиатром.

Диагностика психосексуальных расстройств

Диагностика психосексуальных расстройств с целью оказания эффективной медицинской и психологической помощи больным требует своевременного их распознавания еще на этапе первичного звена медицинской помощи. Первым важным шагом в лечении выявленных нарушений является разъяснение пациенту возможных механизмов имеющихся сим-

птомов и направление его к специалисту-сексопатологу. Для успешного распознавания психосексуальных расстройств необходимы достаточная осведомленность врача в вопросах сексологии и готовность к активному сбору сведений в отношении половой жизни и сексуального поведения пациента. Выявляя какие-либо соматические жалобы (слабость, головная боль и т.д.), целесообразно задать вопрос, не связано ли это с сексуальной активностью, либо не влияет ли это на сексуальную функцию, что изменилось в сексуальной жизни за последнее время и т.д. Также важно врачу попытаться понять — является расстройство функциональным (психогенным) или органическим. В случае последнего пациент должен быть направлен к гинекологу, урологу, хирургу и другим специалистам.

Терапия психосексуальных расстройств

Терапия психосексуальных расстройств включает разнообразные методы, которые могут быть разделены на три группы: психологические и психотерапевтические, биологические (лекарственные и хирургические), социальные.

Психотерапевтические методы включают методы суггестии (гипноз) и обучение саморегуляции (элементы аутотренинга). Таким путем нередко удается снять чувство тревоги, страха, напряжения, неуверенности в своих силах. Эти методики дают хороший результат при эректильной дисфункции и преждевременной эякуляции. Поведенческая (бихевиоральная) терапия заключается в рассмотрении сексуальной дисфункции как вторично выученного дезадаптивного поведения. Эффективна методика так называемой систематической десенситизации, когда пациент совместно с врачом формируют иерархию связанных с сексом ситуаций, начиная от наименее тревожных и кончая самыми угрожающими, после чего пациент, постепенно поднимаясь «со ступени на ступень», учится справляться с каждой из них. Применение таких методик дает хорошие результаты при психогенной импотенции, аноргазмии и преждевременной эякуляции.

Лечение вагинизма требует от врача настойчивости и терпения. Основным методом лечения является рациональная и суггестивная психотерапия, а также специальная тренировка, направленная на устранение страха перед половым актом и связанного с этим непроизвольного сокращения мышц и сведения бедер. В отдельных случаях, при резко выраженном вагинизме и коитофобии, при сохраненной девственной плеве может быть показана хирургическая дефлорация.

Широкое распространение во многих странах получила так называемая двойная сексотерапия, предложенная американскими сексологами У.Мастерсом и В.Джонсон. Суть ее состоит в том, что в лечении обязательным является активное участие сексуальных партнеров. Используются набор поведенческих подходов и ряд специальных упражнений. В ряде стран Запада получили распространение психоаналитически ориентированные методы лечения, основанные на фрейдистских и неофрейдистских концепциях.

Биологическое лечение при таких расстройствах играет гораздо меньшую роль, чем это предполагается в массовом сознании. До недавнего времени основным препаратом, применяющимся для лечения импотенции, являлся йохимбин. Эффективность его применения не превышает 10%. Необходимость длительного применения препарата (от нескольких месяцев до года) и низкая эффективность лечения делают данную методику малоприменимой. Показанием для применения йохимбина является только психогенная импотенция. Поиск патогенетической обоснованной, неинвазивной, высокоэффективной терапии импотенции привел к созданию препаратов — ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа. Первым препаратом этой группы был силденафил (виагра), но теперь появились новые препараты — тадалафил (сиалис), верденафил (левитра). Эти препараты способствуют наступлению и поддержанию эрекции во время полового акта. Показанием для их применения являются импотенция психогенного и органического генеза. Противопоказания: сердечно-сосудистая патология и прием пациентом нитратов в любой лекарственной форме.

Трициклические антидепрессанты, мягкие нейролептики типа соннапакса используются в лечении преждевременной эякуляции, так как способны удлинить время сексуального возбуждения.

Использование гормональной терапии ограничено и проводится под строгим контролем уровня гормонов. Тестостерон и близкие к нему препараты могут дать хороший эффект, но только в тех относительно редких случаях, когда снижение либидо и потенции обусловлено снижением уровня андрогенов. В случаях повышенного либидо у женщин применяют тестостерон, у мужчин — эстрадиол, чтобы выключить эффект «своих» гормонов. Учитывая, что гиперсексуальность является чаще симптомом сложных психопатологических состояний, психиатры и сексопатологи проводят терапию основного заболевания.

Хирургическое протезирование (имплантация) полового члена целесообразно тогда, когда эректильная дисфункция носит органический характер и/или все иные методы лечения не дают эффекта. Если органическая импотенция обусловлена нарушением циркуляции крови, хороший эффект может дать хирургическая реваскуляризация.

Социальные методы включают создание социально-бытовых и материальных условий, которые способствуют гармоничным сексуальным отношениям.

29.5. Расстройства, связанные с репродуктивной функцией у женщин

Предменструальный синдром

Синдром предменструального напряжения, по некоторым данным, наблюдается у более 70% женщин детородного возраста. Состояние возникает спонтанно вскоре после овуляции, т.е. примерно за 10–12 дней

до начала очередной менструации, достигает максимума за 5 дней до нее и проходит к 1–2-му дню менструального периода. Проявляется аффективной лабильностью, раздражительностью, взвинченностью, слезами по незначительным поводам, сонливостью или инсомнией, повышением аппетита, утомляемостью, снижением интереса к обычной деятельности, а также рядом телесных симптомов — головной болью, ощущением напряжения молочных желез, мышечными болями, кожными высыпаниями и др. Общая продолжительность неврозоподобного состояния, таким образом, составляет 11–12 дней. Связь состояния с циклическими гормональными изменениями, его периодичность и очень высокая распространенность не дают оснований относить предменструальный синдром к патологии. Тем не менее, у некоторых женщин он может существенно снижать работоспособность, приводить к затруднениям в межличностных отношениях, в частности с сексуальными партнерами, в связи с чем часть таких пациенток могут нуждаться в медицинской помощи.

Причинами расстройства являются временные нарушения гормонального баланса (уровней эстрогенов, пролактина и тестостерона), при этом возникают нарушения обмена серотонина, сходные с теми, что отмечаются при большой депрессии.

Лечение может включать назначение диуретиков, ограничение потребления соли и жидкости на этот период, прием анальгетиков (но не аспирин, так как он влияет на свертывающую систему). Иногда может потребоваться назначение легких седативных средств (лучше фитотерапии), витамина В₆. В ряде исследований последних лет показана эффективность антидепрессантов из группы СИЗС: флуоксетин, сертралин и др. Во многих случаях бывает достаточно объяснить пациентке причины и механизмы ее плохого самочувствия, указав при этом, что оно является физиологическим и обратимым, не требующим специального лечения.

Психические и поведенческие расстройства периода беременности

Отчетливые психические расстройства в период беременности возникают примерно у 10% женщин и проявляются эпизодами легкой тревожности либо тревожно-депрессивной симптоматикой, наиболее часто возникающей в I и III триместрах беременности. Источниками переживаний, как правило, являются характер текущей беременности (токсикозы беременных, угроза прерывания и т.д.), страх перед предстоящими родами и опасения за их исход, оценка перспектив на будущее, семейных и социально-экономических последствий.

Помощь в таких случаях заключается в семейном консультировании и супружеской психотерапии, при этом необходимо выяснить характер отношений в семье, наличие социальной поддержки, отношение супругов к предстоящим родам. Необходимо рекомендовать беременной не принимать никаких лекарств, за исключением назначенных врачом, в том числе психотропных средств, способных в ранние сроки беременности вызывать тератогенный эффект.

Психические и поведенческие расстройства послеродового периода

В послеродовом периоде у женщин могут манифестировать или обостряться самые разные психические нарушения, например шизофрения, рекуррентное депрессивное и биполярное расстройство, органические повреждения мозга и др. К категории собственно послеродовых психических нарушений относятся только те случаи, которые не укладываются в диагностические критерии другой патологии; не относятся в эту рубрику и случаи, когда расстройство проявлялось еще до родов.

Среди психических расстройств послеродового периода выделяются аффективные расстройства депрессивного спектра и истинные послеродовые (пуэргеральные) психозы.

Послеродовые депрессии

Послеродовые депрессии возникают у 10–20% женщин. Наиболее частыми являются *легкие субдепрессивные расстройства*, появляющиеся уже в первую неделю после родов. На фоне нерезко выраженного снижения настроения отмечаются беспокойство, тревога и неврастеноподобные проявления в виде эмоциональной лабильности с колебаниями настроения от подавленного до приподнятого, плаксивости по незначительным поводам, рассеянности. В некоторых случаях отмечается пессимистическое видение будущего, наряду с чувством собственной вины, проявляется негативное отношение к мужу, родственникам, персоналу медучреждения. Описанная симптоматика обычно начинается в первый же день после родов, достигает максимума в период между 3–5-м днями и быстро исчезает к концу 1-й — началу 2-й недели после родов.

Более *тяжелые послеродовые депрессии* обычно развиваются через несколько недель после родов и проявляются значительно более выраженной подавленностью, чувством безнадежности, слезливостью, утомляемостью, раздражительностью, тревогой, отсутствием аппетита и инсомнией. Больные часто испытывают чувство вины, говорят о своей неспособности справиться с уходом за ребенком, высказывают необоснованные опасения за его здоровье, предъявляют различные соматические жалобы ипохондрического характера. Продолжительность послеродовых депрессий — от 2 нед. до 6 мес., однако при отсутствии терапии они могут затягиваться. Опасность тяжелых депрессий заключается в возникновении суицидальных мыслей и тенденций у таких больных, в том числе встречаются случаи, когда мать может перед собственной суицидной попыткой лишить жизни своего новорожденного ребенка.

Наиболее вероятной *причиной* послеродовых депрессий являются резкие сдвиги в обмене гормонов и нейромедиаторов, происходящие в организме женщины сразу же после родов, в частности повышение содержания кортизола и уровня активности моноаминоксидазы в плазме крови.

Терапия. Легкие субдепрессивные проявления в первые дни после родов не требуют какого-либо специального лечения, необходимы лишь правильный уход, психологическая поддержка со стороны персонала и родных, а также адекватное объяснение родственникам того, что происходит с женщиной. Более выраженные послеродовые депрессии наряду с постоянным наблюдением и психологической поддержкой требуют назначения антидепрессантов. В случае тяжелых депрессий с суицидальными тенденциями необходима госпитализация больных в психиатрический стационар, в том числе возможна госпитализация в недобровольном порядке в связи с непосредственной опасностью больной для себя и, возможно, окружающих (собственного ребенка).

Послеродовые (пуэрперальные) психозы

Послеродовые (пуэрперальные) психозы в последние годы возникают редко, по некоторым данным, с частотой 1–2 случая на 1000 родов. Это связано в первую очередь с повышением уровня и качества родовспоможения, благодаря чему редкими стали послеродовые осложнения (эклампсия, кровотечения, инфекции). Возникают психотические состояния в период между 3–20-м днями после родов. Наиболее часто наблюдаются делирий, вербальный галлюциноз, депрессии с тревогой и мании со спутанностью. Раньше характерными считались расстройства сознания по типу аменции. Истинные послеродовые психозы являются симптоматическими, связанными с послеродовыми септическими процессами. Также в этом периоде могут иметь место психотические состояния в рамках эндогенных заболеваний (шизофрении, маниакально-депрессивного психоза), спровоцированные беременностью и родами. Дифференциальная диагностика сопряжена с большими трудностями, так как психозы различного генеза имеют сходную клиническую картину. Однако, по мнению А.С.Тиганова, делириозные эпизоды и развитие кататонических расстройств только на высоте аментивного состояния могут свидетельствовать о симптоматическом психозе, а развитие аменции вслед за кататоническим возбуждением более свойственно шизофрении. Если психоз возникает в неосложненном послеродовом периоде, диагноз симптоматического психоза сомнителен.

Этиологическими факторами послеродовых психозов считаются резкие гормональные сдвиги в организме женщины после беременности, соматические осложнения в родах, а также психосоциальный стресс, который часто сопутствует деторождению. Многое зависит от того, насколько гармоничен брак, каким было отношение супругов к наступившей беременности, какие ожидания связывают они с появившимся на свет ребенком и т.д. Чем хуже отношения в браке и менее желательной была беременность, тем выше частота послеродовых психических расстройств. Роль инфекции в происхождении этой патологии весьма высоко расценивалась до 1960-х годов, однако в последующем этому фактору стало придаваться гораздо меньшее значение.

Диагностическими критериями послеродовых психических расстройств, согласно МКБ-10, являются: возникновение их в сроки до 6 мес. после родов и невозможность отнести их в другие разделы и рубрики.

Терапия. Во всех случаях возникновения психотических расстройств необходимы госпитализация в психиатрический стационар и лечение в зависимости от синдромов, включая нейролептики, антидепрессанты, электросудорожную терапию. В состояниях острого психоза матери ребенок должен быть на некоторое время изолирован от нее ввиду опасности причинения ему вреда, вплоть до гомицида. В последующем, по мере улучшения состояния матери, необходимо давать ей возможность контакта и ухода за ребенком под наблюдением подготовленного персонала.

Психотропные препараты, принимаемые в период кормления грудью, попадают в материнское молоко и, в принципе, могут вызвать токсические эффекты у ребенка, однако их концентрация в разных случаях очень варьирует. Так, содержание трициклических антидепрессантов в молоке незначительно, поэтому кормление грудью не является противопоказанием для их приема матерью. В отношении нейролептиков — фенотиазинов и бутирофенонов — необходима большая осторожность, и лечение ими при кормлении грудью возможно только в случаях, когда это крайне необходимо. Целесообразно во время их приема прекратить лактацию. Следует категорически запретить кормление грудью в случае приема матерью транквилизаторов и солей лития, так как они накапливаются в молоке в гораздо более высоких количествах и могут вести к интоксикации организма ребенка. После выхода из состояния острого психоза необходимо динамическое психиатрическое наблюдение в течение ближайшего года.

Психические расстройства периода обратного развития, в том числе климактерические, рассматриваются в главе 18.

29.6. Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости

В последние годы достаточное распространение получило злоупотребление веществами, которые не относятся к разряду психоактивных, способных вызывать изменение психического состояния и приводить к психической и физической зависимости. Актуальность данной проблемы нашла отражение в выделении в МКБ-10 специальной рубрики F55 «Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости».

Пациент может принимать препарат (антидепрессанты, слабительные средства и анальгетики) и тратить на него значительные средства, хотя фармакологическая ценность может быть даже не доказана (например, пищевые добавки, народные средства). Выделяют злоупотребление нижеперечисленными веществами.

Антидепрессанты. Наиболее часто формируется зависимость от прозака, амитриптилина. При отмене антидепрессантов, которые принимались более 6 мес., часто возникают симптомы депрессии, головокружение, тревога, головные боли, вегетативные нарушения. В последние годы появились данные о психической зависимости и привыкании, аналогичных действию наркотических средств, у некоторых антидепрессантов, в частности относящегося к трициклическим препаратам тианептина (коаксила).

Слабительные средства. Обычно речь идет о зависимости от слабительных, которые принимаются с целью похудения. Исследования последних лет свидетельствуют о развитии серьезных побочных эффектов при продолжительном приеме стимулянтных слабительных препаратов и токсичности некоторых из них. Особенно велик риск осложнений в тех случаях, когда отсутствует врачебный контроль за лечением слабительными средствами. Побочные эффекты проявляются разнообразными клиническими эффектами недостаточности всасывания (мальабсорбции). Стимулянтные слабительные препараты, как правило, обладают быстрым и интенсивным послабляющим (проносным) действием, способствуя развитию диареи, что ведет к хронической потере жидкости, электролитов, витаминов. Многие слабительные средства имеют, кроме того, выраженный дозозависимый эффект и при длительном применении в возрастающих дозах могут привести к тяжелой лаксативной болезни. В некоторых странах, в частности в США, такие слабительные препараты (препараты сенны) полностью изъяты из аптечной сети.

Анальгетики. При хронических болевых синдромах возможен прием анальгетиков в возрастающих дозах продолжительностью до 4–6 мес. Зависимость вызывают анальгетики, которые не относятся к наркотическим и их можно покупать без рецепта, такие как аспирин (ацетилсалициловая кислота), если его принимать по 45–50 г в месяц (т.е. по 3–4 табл. в день), парацетамол, ибупрофен. ВОЗ негативно относится к использованию анальгина. Мнение ВОЗ основано на данных о потенциальной токсичности этих соединений для нервной системы, а также для печени и почек. Это относится и к комбинированным препаратам. Аспирин и, в меньшей степени, ибупрофен оказывают раздражающее влияние на желудочно-кишечный тракт. Их отмена приводит к вегетативным нарушениям.

Средства снижения кислотности. Зависимость характерна для пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и принимающих указанные препараты вне профилактических и лечебных рекомендаций терапевтов.

Витамины. Факты отрицательного действия высоких доз витаминов (гипервитаминоз) требуют оптимизации их применения в клинической практике в зависимости от характера и стадии заболевания, индивидуальных особенностей метаболического статуса пациентов. Отмена средних и высоких доз витаминов может проявиться артериальной гипотензией, вегетативными нарушениями.

Стероиды. Зависимость характерна для пациентов, страдающих бронхиальной астмой, полиартритами и принимающих указанные препараты вне профилактических и лечебных рекомендаций терапевтов. Увлечение стероидами лиц, занимающихся силовыми видами спорта, бодибилдингом, может приводить к серьезным последствиям для здоровья. Увеличение концентрации тестостерона способно вызвать рост агрессивности, усиление полового влечения, возбудимости, нарушение сна. На Западе некоторые психиатры и психологи уже широко применяют термин «стероидная ярость» в связи с тем, что проявления этого побочного эффекта становятся все более частыми и фиксируемыми. При использовании стероидов классически проявляется эффект эмоциональной неустойчивости.

Специфические травы и народные средства. К этому разделу относятся и употребление пищевых добавок.

Этиология

При приеме многих препаратов выражен эффект плацебо. Несмотря на то что эти вещества обычно не вызывают эффекта психического удовольствия, попытки препятствовать их употреблению или запретить его встречают сопротивление. Свой отказ от прекращения дальнейшего употребления препаратов пациенты объясняют тем, что после прекращения их приема симптомы возникали вновь. Симптомами могут быть болевые проявления, нарушения веса, сна, изжога, слабость и т.д.

Эти вещества в основном не обладают потенциалом зависимости в смысле оказываемого фармакологического воздействия, но способны вызывать психологическую зависимость. Причиной психологической зависимости является зависимость от авторитета врача, рекомендовавшего средство, фиксация соматоформного синдрома. Большинство этих веществ не вызывают прямой физической или психической зависимости. Тем не менее иногда присутствуют слабовыраженные симптомы физической и психической зависимости, которые интерпретируются пациентом как «возвращение заболевания», которое ранее лечилось данным препаратом.

Диагностика

Диагноз основан на выявлении психологической зависимости от вещества, которое в принципе не может вызывать зависимости. Следует дифференцировать с зависимостью от психоактивных веществ, при которой присутствует как психическая, так и физическая зависимость, а эффект плацебо не выражен.

Терапия

Психотерапия сочетается обычно с переводом пациента либо на плацебо, либо на препарат со сходным действием, который в дальнейшем отменяется. Например, при зависимости от антидепрессантов возможен перевод на карбамазепин. Необходимо проводить с больным рацио-

нальную психотерапию, призванную разъяснить негативные последствия длительного приема лекарственных средств.

29.7. Соматизированные и соматоформные расстройства

Понятие *соматоформные расстройства* означает, что симптоматика выглядит как физическое (соматическое) заболевание, но не имеет органической природы (соответствующих морфологических изменений). Соматоформные расстройства носят преимущественно хронический характер. Общий признак соматоформных расстройств — повторяющееся появление физических симптомов в сочетании с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам.

Выявляемые неспецифические нарушения соматического характера являются функциональными и не объясняют природу и выраженность симптоматики и озабоченности больного своим физическим состоянием. Соматоформные расстройства в МКБ-10 отнесены в раздел F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», рубрика F45.3 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» включает несколько подразбук: соматизированное расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция, хроническое соматоформное болевое расстройство и др.

По данным некоторых авторов, пациенты с соматоформными расстройствами составляют до 25% всех больных общесоматической практики. Чаше соматоформные расстройства встречаются у женщин. Лечение таких больных поглощает около 20% всех средств, расходуемых на здравоохранение.

Клиническая картина соматоформных расстройств включает обширную группу функциональных вегетативно-соматических нарушений. Жалобы больных, касающиеся какой-либо системы или отдельного органа (сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой систем, нижнего отдела пищеварительного тракта, других органов или систем), носят в большей степени характер вегетативного раздражения. При этом выделяют такие нарушения, как невроз сердца, нейроциркуляторная астенія (вегетативная дистония), психогенная аэрофагия, икота, диспепсия, пилороспазм, невроз желудка, психогенный метеоризм, психогенное раздражение толстого кишечника, психогенная диарея, психогенные формы одышки и кашля, психогенное нарушение мочеиспускания (дизурия) и др. Чаше всего больные жалуются на неприятные ощущения со стороны сердца (перебои, сердцебиение и т.д.), дыхательной системы (одышка, кашель, нехватка воздуха и т.д.), желудочно-кишечного тракта (боль, отрыжка, рвота, тошнота и т.д.), кожи (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность и т.д.) и др. Наряду с соматическими жалобами наблюдаются эмоциональная неустойчивость.

импульсивность, тревожность, депрессия, могут быть суицидальные мысли. В структуре личности преобладают истероидные и ананкастные черты. Такие пациенты часто обследуются в стационарах различного профиля: при головных болях — в неврологическом, при сердцебиении и одышке — в кардиологическом, при вздутии и болях в животе — в гастроэнтерологическом, хирургическом и т.д. Неудовлетворенные результатами лечения, они постоянно «меняют» врачей, а в последующем обвиняют их в некомпетентности, неправильном лечении. Больные склонны к злоупотреблению медикаментами.

Течение соматизированных расстройств чаще рецидивирующее, но могут быть и непрерывные типы течения с хронификацией имеющихся расстройств, переходом в ипохондрическое развитие личности.

Этиология и патогенез

В качестве этиопатогенетических факторов соматоформных расстройств рассматривают как средовые, так и генетические. Информация о генетике соматоформных нарушений ограничена, однако недавно проведенные генетические исследования показали, что соматоформные нарушения конкордантны у близнецов. Имеют значение: преморбидные личностные особенности; психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий; особенности психотравмирующих событий. Значительная роль в возникновении соматоформных расстройств отводится психическим травмам детского возраста (жестокое обращение, насилие), что сохраняется в памяти ребенка.

При возникновении соматоформных расстройств в детском возрасте имеют значение онтогенетические факторы (период развития или этап преимущественного нервно-психического реагирования), несформированность механизмов адаптации, нарушение саморегуляции (или перенапряжение) определенной висцеральной системы. Показано, что чаще соматоформные расстройства встречаются в семьях с неблагоприятной психологической обстановкой (холодность отношений, дефицит внимания), связанной, в частности, с алкоголизмом членов семьи, низким уровнем образования и материальной обеспеченности.

При изучении основных факторов патогенеза психосоматических расстройств акцент делается на роли депрессии.

Рассматривают соматизацию и как разученное поведение. Механизмы такого поведения объясняются тем, что детские соматические жалобы более приемлемы во многих семьях, чем выражение сильных чувств. Когда дети не могут привлечь внимание эмоциональным дистрессом, они могут привлечь внимание физикальными симптомами, которые часто сопровождают нарушенное эмоциональное состояние. Этот так называемый психосоматический путь может проявляться целым спектром соматизационных нарушений от слабых до тяжелых, связанных со значительными социальными и академическими проблемами.

При постановке диагноза соматоформного расстройства необходимо: проводить дифференциальную диагностику для исключения органиче-

ского заболевания как причины симптомов; выявлять причины психосоциальной дисфункции и возможные пути ее устранения.

Особенности соматоформных расстройств у детей и подростков

Известно, что дети испытывают аффективный дистресс в форме соматических ощущений. Вначале они моносимптоматичны. В младенчестве чаще всего наблюдаются преходящие гастроинтестинальные расстройства, колебания температуры тела с тенденцией к субфебрилитету. Боли в конечностях, неврологические симптомы, инсомния и усталость имеют тенденцию возникать с увеличением возраста.

При этом наиболее частая жалоба — различные боли. Симптомы спонтанны и непритворны, что отличает их от симулятивных нарушений. У детей и подростков требование медицинского обследования и лечения исходит вначале от родителей, а далее — преимущественно от пациента. Дети и подростки с готовностью сообщают о болях и предъявляют соматические жалобы при обращении к врачу. Эти жалобы часто возникают в результате болезней, таких как тонзиллит, гастроэнтерит или инфекция мочевых путей. Однако они могут предъявлять такие же жалобы при отсутствии заболевания, и к этим заявлениям следует подходить как к возможной соматизации. Пациенты и родители оказывают сопротивление попыткам обсуждения возможных психологических причин этих расстройств даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов. Также характерны частые истерические проявления со стремлением привлечь к себе внимание (в том числе и к соматическим жалобам, опасениям). В дополнение к соматическим жалобам начинают проявляться поведенческие нарушения и затруднения социальной адаптации, связанные с частыми пропусками школьных занятий, отказом от посещения школы или академической задолженностью. Несмотря на то что симптоматика соматоформных расстройств часто наблюдается в детском и подростковом возрасте, в этот период пациенты редко обращаются к детско-подростковым психиатрам. Преимущественно по инициативе родителей дети и подростки, как правило, вначале проходят ряд консультаций, обследований для выявления какого-либо соматического заболевания. На этом этапе обычно имеет место недоверие к врачам, смена их со стремлением получить консультацию у более опытного специалиста, который «сможет» найти органическую причину заболевания. Родители оценивают ребенка как соматически больного и не препятствуют пропуску школьных занятий.

К., 8 лет. В анамнезе: неблагоприятный социальный климат в семье. Отец — неработающий алкоголик, раздражительный, временами злобный, в состоянии опьянения проявляет агрессию к бывшей жене, ребенком не интересуется, мать с ним в разводе, но проживают совместно. Мать — слабая, безвольная, страдает головными болями, болезнью желудка и кишечника (наблюдается у терапевта по поводу гастрита и колита). Страдает нарушениями сна и колебаниями настроения с пре-

обладанием подавленности, пассивности. Мальчик по характеру растет замкнутым, упрямым, неразговорчивым. Обидчив, конфликтует с детьми, в основном из-за игр. Неоднократно обращались к врачам различных специальностей в связи с миалгическим синдромом (мышечные боли, преимущественно в ногах и руках), головными болями, нарушениями сна и аппетита, частыми простудными заболеваниями с затяжным течением. Проявления болевого синдрома всегда связаны с конфликтами в семье, запоями у отца. Из-за болей в ногах он не спит, требует, чтобы мать ночью делала массаж, компресс, спала с ним, утром часто не встает на ноги. Подобный эпизод болей в ногах с невозможностью ходить самостоятельно имел место в 4-летнем возрасте в детском саду, когда не хотел возвращаться туда после болезни.

С началом обучения в школе возникли трудности: через 2 нед. после начала занятий появились ночные боли в ногах, утром «не мог встать на ножки», мать носила его по квартире на руках, отказывался писать в тетради — «устали ручки», хотя долго мог заниматься мелким конструктором. Врачу объяснил, что учиться трудно, «надо запомнить много букв и цифр, целый день их писать». В школе уставал, с детьми не дружил, отказывался есть в столовой. Дома, жалуясь на боли в руках и ногах, добивался того, что мать разрешала не писать в тетрадях. В связи с нарастанием трудностей в школе, многочисленными жалобами на здоровье, не находящими подтверждения при обследовании у врачей различных специальностей (терапевта, невропатолога, хирурга-ортопеда), был направлен в детский санаторий. В течение 3-месячного круглосуточного пребывания в детском санатории не знал о ситуации в семье. Начал успешно обучаться с помощью педагогов санатория, не жаловался на боли, хорошо ел и спал. Возвращение в прежнюю домашнюю обстановку привело к обострению эмоционального стресса, появлению прежних жалоб на здоровье. Обращение к детскому психиатру, применение седативных препаратов, физиопроцедур, психотерапии (рисуночная, игровая, поведенческая, рациональная) улучшили эмоциональное состояние ребенка. Одновременно получала медикаментозную терапию и мама, на время переехали жить к бабушке, которая поддержала их: ходила в школу, общалась с одноклассниками внука, много разговаривала с ним о проблемах в школе, помогала с выполнением заданий. Состояние быстро нормализовалось, так же как и ранее при пребывании в детском санатории.

Терапия

При терапии соматоформных расстройств необходимо сочетание лекарственной терапии, психотерапии и терапии «средой». Показаниями для назначения лекарственной терапии являются выраженный радикал тревоги, депрессивных переживаний, высокий уровень невротичности. Доказана эффективность таких антидепрессантов седативного спектра действия, как доксепин (синекван), тразодон (триттико), миансерин (леривон). При наличии острой тревожной симптоматики на

непродолжительное время в связи с опасностью привыкания показаны транквилизаторы (анксиолитики): ксанакс, феназепам. У детей целесообразно применение средств растительного происхождения (гелариум, пассифлора, ново-пассит и др.), обладающих седативным и легким антидепрессивным действием. Из других фитопрепаратов в качестве противотревожных средств применяется настой валерианы, травы пустырника, мелиссы и др. Тяжелая ипохондрическая симптоматика является показанием для назначения антидепрессантов в комбинации с нейролептиками (малые дозы галоперидола, трифтазина; эглонил, зипрекса и др.).

При проведении психотерапии используют суггестивные методики, приемы рациональной, поведенческой, рисуночной, игровой терапии. Желательно установление долговременного поддерживающего контакта с одним врачом. Слабая интеграция личностных структур и низкая способность к вербализации не позволяют использовать у этих больных раскрывающую психотерапию с коррекцией психологической защиты. Редко удается избавиться и от вторичной выгоды болезни. Во избежание утраты контакта с больным врачу следует изначально продемонстрировать серьезное отношение к симптомам, постепенно перемещая акцент рассмотрения на проблематику в социальном окружении больного. Далее работа психотерапевта направлена на формирование лечебной мотивации, достижение понимания пациентом его состояния как соматоформного. Следует ограничить прием медикаментов и мероприятий соматической медицины до допустимого минимального уровня. Важным в процессе психотерапии является достижение понимания пациентом необходимости перехода от неправильного шадящего и избегающего поведения к активным физическим занятиям, включению в общественную жизнь с расширением социальных контактов и улучшением качества жизни.

Глава 30.

УРГЕНТНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ

Многие авторы пытались систематизировать состояния, которые могут требовать неотложной психиатрической помощи. Среди таких состояний, встречающихся и в общемедицинской практике, выделяются состояния, опасные в социальном отношении, и состояния, представляющие витальную угрозу (угрозу жизни больного). К *состояниям, опасным в социальном отношении*, относятся психомоторное возбуждение и агрессивное поведение больного. В группе *состояний, представляющих витальную угрозу*, выделяют: тяжелые алкогольные и симптоматические психозы по типу делирия и энцефалопатии, фебрильную шизофрению, осложнения психофармакотерапии. *Промежуточное положение* между этими двумя группами занимают суицидальное поведение и отказ больных от еды, при которых существуют опасность для жизни больных, а иногда и окружающих (расширенный суицид, отравление по бредовым мотивам), и эпилептический статус.

Специфика обсуждаемых патологических состояний заставляет относить их в этико-правовом плане к тому типу ситуаций, когда на первый план выступает функция психиатрии предотвращать непосредственную угрозу здоровью и жизни пациента и бывает *оправдано недобровольное оказание медицинской помощи*.

Накопленные за прошедшие десятилетия знания о тяжелых острых расстройствах, протекающих с синдромами кататонии и нарушенного сознания, показали, что в их основе лежат общие патогенетические механизмы: прорыв гематоэнцефалического барьера, проникновение в кровь мозговых антигенов, противомозговая аутоиммунизация. В результате развивается критическое состояние, получившее название «цереброгенный шок» (Кекелидзе З.И., Чехонин В.П., 1997), в клинической картине которого тяжелые психические расстройства сочетаются с полиорганными и полисистемными поражениями, свойственными всем шоковым состояниям: острой недостаточностью кровообращения и дыхания, печеночно-почечной недостаточностью, расстройствами микроциркуляции, реологии и кислотно-щелочного равновесия, диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-син-

дрома). Современное понимание патогенеза этих состояний привело к изменению подходов к их лечению. Раньше внимание акцентировалось на лечении синдрома психических расстройств с помощью психофармакотерапевтических средств. При этом классические методы психофармакотерапии, применяемые при лечении острых психозов, оказались неэффективными у этих больных из-за непереносимости традиционных нейролептиков и трициклических антидепрессантов, что послужило основанием для поиска более безопасных препаратов, позволяющих купировать психомоторное возбуждение, аффективные и галлюцинаторно-бредовые расстройства. Доказано, что в отношении urgentных (критических) психических состояний следует применять принципиально новую терапевтическую стратегию: вместо попыток первично воздействовать на психоз используется опосредованное воздействие через коррекцию соматических расстройств (Цыганков Б.Д., 1983). Решение этих задач оказалось наиболее перспективным в рамках нового медицинского направления — психиатрической реаниматологии (психореаниматологии), родившейся на стыке психиатрии и реаниматологии (Козырев В.Н., 1985). Лечение больных носит комплексный характер и направлено как на купирование психомоторного возбуждения, прояснение сознания с редукцией галлюцинаторных и бредовых переживаний, так и на коррекцию основных параметров гомеостаза и восстановление функции основных систем организма с учетом полиорганной патологии.

30.1. Психомоторное возбуждение

Психомоторное возбуждение — патологическое состояние, проявляющееся выраженным усилением психической и двигательной активности, неадекватным поведением с возможностью гетеро- или аутоагрессии, сопровождающееся обманами восприятия, бредовыми переживаниями, признаками помрачения сознания и др. Психомоторное возбуждение является одним из проявлений более сложных психопатологических синдромов, определяющих его клиническую картину. Встречаются следующие виды психомоторного возбуждения.

Кататоническое возбуждение проявляется манерными, вычурными, импульсивными, некоординированными, иногда ритмическими однообразными движениями и говорливостью. Наблюдается преимущественно в клинике шизофрении и расстройств шизофренического спектра.

Гебефреническое возбуждение носит дурашливый характер. При нем возможны бессмысленные импульсивные действия с агрессией, часто является этапом кататонического возбуждения. Встречается в клинике шизофрении.

Галлюцинаторное возбуждение характеризуется напряженной сосредоточенностью, изменчивой мимикой, порывистыми движениями, бессвязными фразами, оборонительными или агрессивными жестами.

поступками, интонациями. Чаще наблюдается в клинике алкоголизма, симптоматических психозов интоксикационного генеза, органических поражений головного мозга. Входит в структуру синдромов помрачения сознания (сумеречного и делириозного).

Бредовое возбуждение чаще возникает при наличии идей преследования, отравления, воздействия, ипохондрического бреда. Больные напряжены, подозрительны, злобно выкрикивают угрозы, могут оскорбить, ударить. Их агрессивные действия могут быть направлены на конкретных или случайных лиц. Под влиянием бреда больные нередко совершают неожиданные, внешне не мотивированные нападения, аутоагрессивные действия.

Галлюцинаторное и бредовое возбуждение обнаруживается в структуре различных бредовых и галлюцинаторно-бредовых синдромов, как при шизофрении, так и при симптоматических психозах, органической патологии головного мозга.

Маниакальное возбуждение характеризуется приподнятым настроением, ускорением ассоциативных процессов, вплоть до скачки идей, повышенным стремлением к деятельности, которая отличается непоследовательностью, суетливостью. Может протекать чаще в рамках шизофрении, с онейроидным помрачением сознания, бредом, галлюцинациями и психическими автоматизмами.

Тревожное возбуждение, наблюдающееся чаще всего в структуре депрессивных расстройств, характеризуется беспокойством, невозможностью оставаться на одном месте. Больные перемещаются по комнате, подходят к окнам, дверям, сидя раскачиваются туловищем, перебирают пальцы рук, теребят одежду. Двигательное беспокойство часто сопровождается стонами, тревожным повторением одного или нескольких слов, коротких фраз (тревожная вербигерация). Усиление тревожного возбуждения может сменяться *раптусом* — внезапно наступающим неистовым возбуждением, при котором больные кричат, мечутся, бьются об окружающие предметы, совершают другие аутоагрессивные действия с суицидальной целью.

При **дисфорическом возбуждении** больные аффективно напряжены, угрюмы, мрачны, недоверчивы, злобны, неожиданно могут совершать гетеро- или аутоагрессивные действия. Такие состояния характерны для клиники эпилепсии и органических заболеваний головного мозга.

Эпилептиформное возбуждение — форма сумеречного помрачения сознания, проявляющаяся внезапно возникающим резким двигательным возбуждением с агрессивностью, стремлением к бегству, страхом, отрывочными образными бредовыми идеями, галлюцинациями, глубокой дезориентацией во времени и окружающей обстановке. После выхода из состояния имеет место полная амнезия пережитого. Встречается при эпилепсии и органической патологии головного мозга, чаще травматического генеза.

Психогенное возбуждение, вызванное значимой для человека психической травмой, нередко носящей характер витальной угрозы, характер-

ризуется суженным сознанием, на фоне которого отмечаются паническое настроение, безумный страх, бессмысленное метание («двигательная буря»).

При *психопатическом возбуждении*, возникающем у больных психопатиями или психопатоподобными расстройствами (например, при шизофрении, органическом поражении головного мозга), больные кричат, бранятся, угрожают, их агрессия направлена на лиц, с которыми возник конфликт. В таком состоянии больные могут быть опасными для окружающих, реже — для себя, вследствие аутоагрессивных действий. *Эретическое возбуждение*, наблюдаемое у больных олигофренией, выражается в бессмысленных разрушительных действиях, сопровождающихся криками.

Больные при психомоторном возбуждении нуждаются в неотложной (как правило, недобровольной) помощи в связи с непосредственной опасностью по своему состоянию для себя и (или) окружающих. Прежде всего необходимо постараться предотвратить непосредственную агрессию со стороны больного, для чего используются уговоры, отвлечение внимания и удержание больного. Врач, оказывающий помощь возбужденному больному, должен продемонстрировать самообладание и уверенность, наряду с сочувствием, демонстрацией желания помочь больному. При этом необходимо постараться уговорить больного принять успокаивающее лекарство или сделать инъекцию. В сложных случаях, когда больной оказывает выраженное сопротивление, высказывает угрозы или вооружен, до приезда психиатрической бригады «скорой помощи» при невозможности его удержания необходимо обращаться за помощью в правоохранительные органы, которые обязаны оказывать помощь в соответствии с законом «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».

Больных с психомоторным возбуждением, как правило, помещают в психиатрическую больницу, на этапе госпитализации для купирования возбуждения используют внутримышечное или внутривенное введение нейролептиков с выраженным седативным эффектом (аминазин — 50–75 мг, клозапин — 50 мг, левомепромазин — 50–75 мг, зуклопентиксол). Эти дозы используются у больных, ранее не лечившихся психотропными препаратами. В случае купирования возбуждения у больного, который до этого длительное время получал нейролептическую терапию, дозы нейролептиков должны быть в 2 раза выше. Важно контролировать уровень АД, так как препараты данной группы способны вызвать гипотонию и ортостатические явления. Кроме того, можно использовать клопиксол-акуфаз (1 мл раствора для в/м инъекций содержит 50 мг зуклопентиксола ацетата в растительном масле), являющийся препаратом пролонгированного действия. Также можно применять в условиях соматического стационара препараты, которые обычно используются для наркоза: дроперидол в/м 0,25% 2 мл; 20% раствор натрия оксибутирата (ГОМК) 20 мл с 20 мл 40% раствора глюкозы в/в очень медленно. При этом необходим контроль дыхания и

уровня АД! У пожилых и ослабленных больных лучше использовать транквилизаторы: диазепам — до 30 мг; мидазолам (дормикум) — до 15 мг, тиаприд — до 400 мг.

На период, пока не подействуют лекарства, и на время транспортировки больного в психиатрический стационар разрешается *временное применение мер стеснения* (мягкая фиксация больного), о чем необходимо сделать запись в медицинской документации. При использовании иммобилизации возбужденного больного необходимо соблюдать ряд правил:

- можно использовать только мягкие материалы (матерчатые ремни, полотенца, простыни и т.п.);
- важно надежно иммобилизовать отдельно каждую верхнюю конечность (при необходимости и нижние) и плечевой пояс, так как в противном случае больной может легко освободиться от средств фиксации;
- ни в коем случае не допускать выраженного сдавления сосудов и нервных стволов, что может привести к опасным осложнениям;
- не оставлять фиксированного больного без присмотра.

После госпитализации больного в психиатрический стационар он должен находиться в наблюдательной палате под постоянным присмотром медицинского персонала. При освобождении больного от фиксации на фоне действия нейролептиков важно продолжить наблюдение, так как состояние его остается неустойчивым и возбуждение может возобновиться. Опасность представляют недоступные контакту больные с кататоническими и галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, ввиду неожиданных для окружающих импульсивных поступков.

30.2. Тяжелые формы делирия

Делирий — неспецифическая реакция мозга на воздействие разнообразных (преимущественно токсических) внешних и внутренних факторов, является, вероятно, самым распространенным психотическим расстройством, с которым приходится встречаться врачам непсихиатрических (соматических) стационаров. Особенно часто наблюдаются делириозные состояния у пациентов палат интенсивной терапии ожоговых, травматологических, хирургических отделений, а также токсикологических, инфекционных, кардиологических, онкологических отделений.

Причины делирия многообразны и включают:

- инфекции с высокой температурой, как мозговые, так и экстракраниальные;
- отравления различными лекарствами (снотворными, противоастматическими, сердечными, гипотензивными, противоаллергическими, антипаркинсоническими и другими средствами);
- интоксикации промышленными ядами;
- острый период черепно-мозговой травмы;

- состояния после операций, особенно на открытом сердце и по поводу катаракты;
- ожоги;
- нарушения мозгового кровообращения;
- эндокринные нарушения;
- выраженные нарушения функций внутренних органов (печени, почек, сердца, легких и др.).

Алкогольный делирий, а также делирий, вызванный употреблением других психоактивных веществ, рассмотрены в разделе «Наркология».

Клиническая картина делириозного состояния включает, помимо общих признаков нарушения сознания (отрешенность, дезориентировка, нарушение последовательности мышления, последующая амнезия), расстройства внимания, восприятия (иллюзии и галлюцинации, преимущественно зрительные), эмоциональные проявления (тревога, страх, гнев и др.), психомоторное возбуждение, нарушения ритма сна-бодрствования. Во время делирия у больных имеют место выраженные вегетативные нарушения: тахикардия, бледность или гиперемия кожных покровов, потливость, гипертермия и т.д. Характер делириозных проявлений и степень их выраженности зависят от этиопатогенеза и общего состояния больного. Встречаются варианты так называемого профессионального делирия и мусситирующего делирия. Последняя форма, являющаяся по сути состоянием аменции и относящаяся к наиболее тяжелым, может сменяться исключением сознания с последующим летальным исходом в случае отсутствия адекватного лечения.

Начало делирия острое, симптоматика разворачивается быстро, за несколько часов. Тяжесть состояния больного колеблется, в том числе и на протяжении суток, обычно усиливаясь к вечеру. Ухудшение состояния в вечерние часы особенно характерно для пациентов пожилого возраста. Возможны продолжительные светлые промежутки, когда сознание пациента проясняется, поведение упорядочивается, эмоциональный фон становится ровнее и т.д. Продолжительность делирия обычно невелика, и он чаще всего заканчивается выздоровлением в течение нескольких дней. Однако тяжелые и нелеченные случаи могут привести к смерти или закончиться развитием деменции вследствие энцефалопатии.

Делирий — это состояние, требующее неотложной медицинской помощи и, как правило, госпитализации в соматический (в палату интенсивной терапии или реанимационное отделение) либо психиатрический стационар. Иногда на короткий период могут потребоваться средства физического стеснения пациента. Такой пациент должен постоянно находиться в поле зрения персонала. Известно, что полное отсутствие сенсорных раздражителей в ночное время (темнота, тишина, одиночество, отсутствие возможности побеседовать с кем-либо и т.д.) способно значительно усиливать тревогу и двигательное возбуждение пациента. Важно использовать любые эпизоды просветления созна-

ния и улучшения возможности контакта для того, чтобы объяснять и напоминать пациенту, где он находится, который теперь час, кто его окружает, какое лечение проводится и т.д. Такие действия персонала значительно уменьшают тревогу и растерянность у пациента.

Основные принципы терапии критических состояний включают:

- купирование психомоторного возбуждения;
- устранение явлений эндотоксикоза и проведение дезинтоксикационной терапии;
- ликвидацию метаболических нарушений (гипоксии, ацидоза, гипо- и авитаминоза);
- коррекцию водно-электролитных нарушений;
- устранение гемодинамических нарушений;
- предупреждение и устранение отека легких;
- предупреждение и устранение отека и гипоксии мозга;
- нормализацию дыхания;
- ликвидацию гипертермии;
- предупреждение и ликвидацию нарушений функции печени и почек;
- парентеральное питание;
- лечение сопутствующей соматической патологии.

Основные схемы лечения приведены в таблице 8.

Лечение делирия всегда предполагает поиск вызвавшей его причины и воздействие на нее. Поэтому требуются немедленное лабораторное обследование (общие анализы крови, мочи, функциональные пробы печени и почек, электролиты, ЭКГ и т.д.), соматический и неврологический осмотры. Помимо этиопатогенетически обоснованного лечения необходимо проведение интенсивной дезинтоксикационной терапии, нормализация электролитного баланса. Для борьбы с психомоторным возбуждением с целью седации и восстановления сна эффективными и в то же время безопасными являются реланиум (в дозе до 80 мг/сут.), гексенал, тиопентал натрия (до 1 г/сут.) и оксибутират натрия (до 10 г/сут.), геминебрин до 3 г/сут. в/в, внутрь, рогипнол 0,02% 2–6 мл/сут. в/м. Нейролептики и трициклические антидепрессанты могут приводить к ухудшению психического и соматического состояния больных с критическими состояниями и потому противопоказаны. Во многих случаях назначаются сердечные средства, витамины, диуретики. В лечении тяжелых делириозных состояний и острой спутанности сознания используются также ноотропы, повышающие устойчивость ткани мозга к гипоксии и интоксикации (пирацетам, пикамилон, кавинтон, церебролизин). Хороший и быстрый эффект дает во многих таких случаях гипербарическая терапия.

Необходимо помнить, что если причина делирия осталась невыясненной, то после выхода из него пациент нуждается в дальнейшем тщательном обследовании, в противном случае может оказаться пропущенной серьезная соматическая патология.

Таблица 8

Схема лечения критических состояний в психиатрии и наркологии
(Д.И.Малин, В.М.Медведев)

Вид терапии	Рекомендуемые препараты*
1. Детоксикационная и инфузионная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений	Физиологический раствор 400 мл, раствор Рингера 400 мл, трисоль 400 мл, дисоль 400 мл, хлосоль 400 мл, 5% раствор глюкозы 400 мл, 10% раствор глюкозы 400 мл, 1% раствор калия хлорида 100–150 мл, в/в капельно, панангин 20,0 в/в (при наличии гипокалиемии), гидрокарбонат натрия 5% 150–200 мл (при наличии метаболического ацидоза) в/в капельно. Плазмозамещающие растворы: реополиглюкин 400 мл в/в капельно, полиглюкин 400 мл в/в капельно. Количество вводимой жидкости зависит от степени дегидратации. При отсутствии признаков дегидратации количество вводимой жидкости должно быть равно суточному диурезу + 400 мл (потеря при дыхании) + 400 мл на каждый градус температуры тела выше 37°С (Цыбуляк Г.Н., 1975). Детоксикационные средства: натрия тиосульфат 30% 5–10 мл в/в, унитиол 5% 5–10 мл в/в. Экстракорпоральные методы детоксикации: гемосорбция и плазмаферез
2. Витаминотерапия	Витамин В ₁ 6% 4 мл в/м, витамин В ₆ 5% 4 мл в/м, никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% 5 мл с 40% раствором глюкозы (10 мл) в/в, витамин В ₁₂ 0,01% 1 мл в/м
3. Дегидратационная терапия (проводится при наличии признаков гипергидратации и явлений отека мозга)	Магния сульфат 25% 5–10 мл в/в, 10–20% раствор глюкозы 400 мл в/в капельно, фуросемид 1% 1–4 мл, маннитол в/в капельно
4. Терапия, направленная на купирование психомоторного возбуждения	Диазепам 0,5% 2–12 мл/сут. в/м, натрия оксибутират 20% 20–40 мл/сут. в/в или внутрь в сочетании с 100 мл 5% раствора глюкозы, тиопентал натрия до 0,5–1 г/сут. в/м, гексенал 0,5–1 г/сут. в/м, в/в медленно; геминеврин до 3 г/сут. в/в, внутрь, рогипнол 0,02% 2–6 мл/сут. в/м, смесь Попова (фенобарбитал 0,4 г + 96% этиловый спирт 20 мл + 100 мл питьевой воды), галоперидол до 10 мг/сут. в/м (при алкогольных галлюцинозах)
5. Противосудорожная терапия (по показаниям)	Диазепам 20–60 мг/сут. в/м, в/в медленно, натрия оксибутират 20% 20 мл в/в, гексенал или тиопентал натрия в/м или в/в до 1 г/сут., финлепсин 0,4–0,6 г/сут., суksилеп 0,5–1,0 г/сут., конвулекс 0,9–1,2 г/сут.
6. Ноотропная терапия	Пирацетам 20% раствор 5–20 мл в/в с 10 мл 40% раствора глюкозы

7. Симптоматическая терапия, направленная на устранение гемодинамических нарушений, отека мозга и легких, ликвидацию гипертермии. Лечение проявлений декомпенсации заболеваний внутренних органов (желудка, печени, поджелудочной железы, почек и др.) проводится по показаниям	Аналептики и психостимуляторы: кордиамин 25% 2,0 мл в/в, п/к, сульфокамфокаин 10% 2,0 мл в/м, в/в, кофеин-бензоат натрия 20% 1,0–2,0 мл в/в, п/к, в/м. Сердечные гликозиды: строфантин 0,05% 1–2 мл/сут., дигоксин 0,025% 2 мл/сут., коргликон 0,06% 1–2 мл/сут. Гормоны: преднизолон 60–120 мг/сут. в/в, дексаметазон 4–12 мг/сут. в/в. Нестероидные противовоспалительные средства: анальгин 50% 4–8 мл/сут., баралгин 5–15 мл/сут., максиган 5–15 мл/сут. Спазмолитическая терапия: эуфиллин 2,4% 5–10 мл в/в, дибазол 1% 2–6 мл в/в, в/м, но-шпа 2% 2–4 мл в/м. Ингибиторы протеаз: контрикал 20 000–30 000 ЕД в/в капельно, гордокс 100 000–200 000 ЕД в/в капельно. Симпатомиметики: дофамин 200 мг в 400 мл физиологического раствора в/в капельно со скоростью 10 капель в минуту, норадреналин 0,2% 2–4 мл в 1000 мл физиологического раствора в/в капельно. Гепатопротекторы: гептрал 800 мг в/в, эссенциале 5,0 в/в, метадоксил 300–600 мг в/м, в/в
---	---

* Из перечня препаратов следует выбрать один или несколько лекарственных средств, назначение которых наиболее адекватно в конкретной ситуации.

30.3. Фебрильная шизофрения

Фебрильная кататония (синоним — гипертоксическая, или «смертельная», кататония) лишь традиционно рассматривается в рамках шизофрении, так как, по-видимому, представляет собой сборную группу различных по этиологии болезней, проявляющихся острейшим психотическим состоянием, протекающим с разными видами нарушения сознания. Чрезвычайная острота, обилие гиперергических проявлений, бурное течение, сочетание психопатологических и соматических нарушений, взаимно усиливающих друг друга, нередко приводят к летальному исходу. Своевременная диагностика и правильная тактика неотложной терапии в первые часы (реже дни) заболевания сохраняет жизнь больному.

Клиническая картина. Фебрильная кататония возникает на фоне протекающего шизофренического приступа остро и сразу принимает бурное течение. Иногда она диагностируется как онейроидная кататония, в других случаях развиваются ступор или кататоно-гебефренное возбуждение, быстро приобретающее аментиформный характер.

Важнейшим симптомом является гипертермия. У одних больных температура тела вначале субфебрильная, а затем постепенно повышается до фебрильных цифр, вплоть до гиперпирексии. В других случаях температурная кривая неправильная, причем фебрильные и гиперпирексические температурные подъемы наблюдаются в различное время суток, а в промежутке сохраняется субфебрилитет. Лихорадка сопровождается выраженной тахикардией, которая нередко диссоциирует с умеренной температурной реакцией. Раннее появление тахикардии

и температурно-пульсовой диссоциации характерно для фебрильной кататонии. Обращает на себя внимание внешний вид больного: серовато-землистое, реже гиперемированное лицо с заострившимися чертами, запавшие блестящие глаза, иногда с инъецированными склерами, блуждающий (иногда фиксированный) взгляд, капли пота на лбу, запекшиеся сухие губы с трещинами в углах рта, сухой язык с белым или коричневым налетом. Менее постоянно наблюдаются профузный пот, кровоизлияния на коже и слизистых оболочках, трофические расстройства (пролежни). Общее состояние быстро ухудшается, падает АД, учащаются пульс и дыхание. В отсутствие адекватной терапии смерть наступает обычно на 7–10-й день болезни при картине острой сосудистой недостаточности на фоне отека мозга.

Неотложная помощь. Требуется немедленная госпитализация в психиатрическую больницу или реанимационное отделение (лучше отделение психореанимации). Одним из методов лечения фебрильной кататонии является электросудорожная терапия (ЭСТ). Если она применяется в первые дни заболевания, то достаточно 3–5 сеансов для купирования ургентного состояния. После 4–5-го дня эффективность ЭСТ заметно снижается. Эффективным методом лечения фебрильных приступов шизофрении является экстракорпоральная детоксикация (гемосорбция и плазмаферез). По данным ряда авторов (Комаров Б.Д., Лужников Е.А., Чуркин Е.Е. и др., 1979; Малин Д.И., 1997), применение методов позволяет значительно уменьшить длительность и тяжесть течения фебрильного приступа и существенно снизить число летальных исходов.

Отсутствие возможностей для проведения экстракорпоральной детоксикации и нарастание тяжести состояния больного является показанием для незамедлительного перехода к реанимационным мероприятиям, которые, как правило, оказывают решающее воздействие и способствуют сохранению жизни больного.

Лечение больных проводится по принципам интенсивной терапии с круглосуточными капельными инфузиями в центральную и периферическую вены плазмозамещающих и электролитных растворов под контролем лабораторных показателей (гематокрита, водно-электролитного, кислотно-основного и биохимического состава крови) центрального венозного давления и диуреза. Для проведения длительной интенсивной терапии обычно применяется методика катетеризации подключичной вены, требующая особого ухода. Своевременная катетеризация мочевого пузыря снижает возможность инфицирования и позволяет контролировать диурез.

В процессе инфузионной терапии строго учитывается объем введенной жидкости и выделенной мочи (с поправкой на потоотделение и испарение с поверхности легких, особенно выраженное при одышке). Инфузионная терапия начинается с восполнения объема циркулирующей крови, улучшения ее реологических свойств и восстановления электролитного баланса с назначением плазмозамещающих растворов (реополиглюкина, поливидона, декстрана-40), солевых растворов (хло-

соля, трисоля, изотонического раствора, раствора хлорида калия, сульфата магния), 5% раствора глюкозы. Для коррекции кислотно-основного состояния крови и борьбы с метаболическим ацидозом назначают: дисоль 1000 мл (сбалансированный раствор хлорида натрия — 6 частей, гидрокарбонат натрия — 4 части в 1 мл апиrogenной воды) или 150–200 мл/сут. 5% раствора гидрокарбоната натрия.

При появлении симптомов отека мозга (сильная головная боль, тошнота, рвота, менингеальные знаки, расстройства глазодвигательной иннервации, прежде всего смена мидриаза миозом в сочетании с вялой реакцией зрачков на свет, вестибулярные нарушения с нистагмом, судорожные припадки) назначают диуретики (лазикс 2–4 мл 15% раствора в/м, маннитол в/в 100–200 мл 10–15% раствора в течение 20–30 мин), гипертонические растворы глюкозы, глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон).

Для борьбы с гипертермией, на фоне которой быстро наступают угрожающие нарушения гомеостаза и отек мозга, используют наложение пузырей со льдом на область крупных сосудов, влажные холодные обертывания, так как парентеральное введение анальгина при центральной гипертермии оказывается малоэффективным.

Вегетативные нарушения корригируют реланиумом (диазепамом) — 30–60 мг/сут. внутривенно. Ранее из психотропных средств в лечении фебрильных приступов использовался аминазин, но в последние годы лечение фебрильной шизофрении проводится без назначения нейролептических препаратов.

Ранняя интенсивная инфузионная и симптоматическая (сердечные препараты, антибиотики и т.д.) терапия позволяет сократить смертность.

30.4. Осложнения психофармакотерапии

Клиническое применение психотропных средств показало, что кроме терапевтического эффекта могут возникать соматические, неврологические и психопатологические осложнения, требующие неотложного их устранения, так как при этом могут развиваться состояния, угрожающие жизни больного. К осложнениям, прямо связанным с фармакологическим действием психотропных средств вообще и нейролептиков в частности, относят общетоксическое действие при их передозировке, использовании неоправданно высоких доз у данного пациента, а также необратимые последствия длительной терапии (чаще многолетней) в форме признаков психоорганического синдрома, поздних дискинезий.

Одним из наиболее тяжело протекающих и опасных для жизни больных осложнений нейролептической терапии является **злокачественный нейролептический синдром** (ЗНС), который в 10–30% случаев приводит к летальному исходу. Возникает он редко (у 0,02–0,15% больных, получающих нейролептики), обычно в течение первых 3–4 недель с момента начала лечения, преимущественно у лиц молодого и среднего возраста, несколько чаще у женщин, обычно при быстром наращива-

нии доз, парентеральном введении препарата, при полифармакотерапии. Развивается ЗНС как при лечении антипсихотиками с высокой экстрапирамидной активностью (галоперидол, мажептил, трифтазин), так и при использовании препаратов, редко вызывающих экстрапирамидные побочные явления, например, тиоридазина, клозапина, рисперидона. Отмечено, что назначение антипаркинсонических средств не предупреждает развитие ЗНС. Основными факторами риска развития ЗНС считают наличие органической церебральной недостаточности, приобретенной как в период внутриутробного развития, так и на более поздних этапах жизни, а также физическое истощение, дегидратацию.

Клиническая картина ЗНС развивается довольно остро, в течение нескольких дней. После короткого периода психомоторного возбуждения, напоминающего импульсивное кататоническое, возникает диффузное повышение мышечного тонуса, больше в ногах, особенно в сгибателях. Появляются симптомы «восковой гибкости» и «воздушной подушки», которые сочетаются с симптомом «зубчатого колеса», тризмом жевательной мускулатуры, поперхиванием, смазанностью речи, слюнотечением, тремором конечностей или всего тела. Отмечаются явления мутизма и негативизма, причем больные не реагируют ни на громкую, ни на шепотную речь. Развитие кататонических расстройств сопровождается появлением разнообразных вегетативных отклонений: сальности и гиперемии лица, сухости кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Могут наблюдаться более выраженные нарушения микроциркуляции в виде акроцианоза, буллезных высыпаний на локтях, лопатках, пятках и пролежней. В соматическом статусе отмечаются фебрильная температура, тахикардия (тахикаритмия) с приглушением тонов сердца, колебания артериального давления, ослабление дыхания в нижних отделах легких, задержка мочеиспускания. Присоединение соматических осложнений — пневмонии, пиелонефрита, буллезного дерматита — резко ухудшает состояние больных и является прогностически неблагоприятным признаком.

При подозрении на ЗНС и диагностике уже начальных его проявлений нейролептики немедленно отменяются и назначается интенсивная инфузионная терапия с круглосуточными капельными вливаниями, аналогичная терапии, проводимой при фебрильной шизофрении и тяжелых делириозных состояниях. Наряду с этим назначают агонист D_2 -дофаминовых рецепторов бромокриптин (через назогастральный зонд), миорелаксант дантролен. В комплексной терапии эффективным считается применение плазмофереза. На начальном этапе развития ЗНС отмечается терапевтическая эффективность сеансов ЭСТ.

Другие осложнения нейролептической терапии (токсико-аллергические реакции в форме гепатита, агранулоцитоза, дерматита, тромбоза и др.) встречаются редко, но зачастую оказываются не менее опасными для жизни больных. Полагают, что в патогенезе их возникновения существенную роль играют иммуноаллергические механизмы (Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1981). При обнаружении первых признаков

таких осложнений необходима немедленная отмена нейролептиков и назначение активной дезинтоксикационной терапии, иммунодепрессивных препаратов и других симптоматических лекарственных средств.

30.5. Отказ от еды

Отказ от еды психически больных наблюдается при депрессивных состояниях с суицидальными тенденциями (считают себя недостойными пищи и хотят умереть голодом), при бредовых идеях отравления, обонятельных, вкусовых и слуховых галлюцинациях императивного характера, а также при кататоническом ступоре с явлениями негативизма. Пищевое поведение, включающее отказ от еды, при синдроме нервной анорексии и методы терапии рассматриваются в главе 28.

Раньше, когда не существовало эффективных средств для купирования болезненных расстройств, приходилось применять кормление больных через назогастральный зонд. Использовались питательные смеси, в состав которых входили яйца, сливочное масло, молоко, бульон, фруктовые и овощные соки, соль, сахар, вводившиеся 1 раз в сутки в количестве 500–1000 мл. Благодаря применению современных психотропных препаратов (нейролептиков при кататонии и галлюцинаторно-бредовых расстройствах, антидепрессантов при депрессиях) уже в первые дни зачастую удается восстановить способность больного питаться самостоятельно. В таких случаях не следует сразу прибегать к искусственному кормлению. Необходимо попытаться выяснить причины отказа от еды, постараться устранить их и уговорить больного, чтобы он принял пищу сам. Если же это не удастся, больного следует кормить, поручив это кому-нибудь из родственников или медицинских работников, к которым он проявляет доверие. Для стимуляции аппетита можно ввести подкожно 4–8 ЕД инсулина. После этого при стойчивом отказе от еды больному внутривенно вливают 20–40 мл 40% раствора глюкозы. Следует помнить, что иногда больные, отказываясь от еды в присутствии других людей, могут есть тайно, когда никого нет рядом. В таком случае можно оставить еду рядом с больным, в тумбочке. Положительный эффект оказывало запрещенное в настоящее время амитал-кофеиновое растормаживание ступорозных больных. С подобной целью в настоящее время используют диазепам (реланиум) внутривенно в сочетании с подкожным введением кофеина: подкожно вводят 1–2 мл 20% раствора кофеина, а через 3–5 мин внутривенно вливают 4–6 мл 0,5% раствора реланиума. Наступает релаксирующий и легкий эйфоризирующий эффект, длящийся несколько минут, в течение которых можно накормить больного и попытаться выяснить причины отказа от еды, собрать анамнестические сведения.

Если указанные мероприятия не дают желаемого результата, спустя 2–3 дня приступают к парентеральному питанию (кормление через зонд в настоящее время у больных, находящихся в сознании, не используется ввиду его насильственности и неэстетичности). Для парентерального

питания помимо глюкозы с витаминами, используются современные питательные растворы (аминосол, вамин, инфезол).

30.6. Суицидальное поведение

Суицид — намеренное желание лишить себя жизни путем умышленного самоповреждения со смертельным исходом. Суицидальное поведение включает *суицидальные мысли, намерения, попытки (покушения) и завершённые суициды*.

Люди, совершающие суицид, обычно страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими проблемами. Чаще всего причиной самоубийства является депрессивное состояние. Из общего количества суицидов 90% совершается людьми с психотическими состояниями и лишь 10% — людьми без психотических расстройств. Различают следующие типы суицидального поведения (А.Е.Личко):

- демонстративное поведение (без намерения покончить с собой), при котором в качестве способов суицида выбираются порезы вен, отравления неядовитыми лекарствами или другими веществами, имитация повешения;
- аффективное суицидальное поведение (суицидальные попытки, совершенные на высоте аффекта). Используются чаще попытки повешения, отравления токсичными и сильнодействующими препаратами, падение с высоты;
- истинное суицидальное поведение (обдуманное и постепенное выполнение намерения покончить с собой). При истинном суицидальном поведении чаще используются способы, при которых мало шансов остаться в живых (повешение, падение с высоты, движущийся транспорт).

Наиболее часто демонстративное суицидальное поведение имеет место у взрослых психопатических личностей и у подростков. Некоторые специалисты пишут о том, что лишь в 10% случаев суицидальное поведение у подростков имеет цель покончить с собой, в 90% это — «крик о помощи», желание привлечь к себе внимание.

По данным разных авторов, в *группу риска совершения самоубийства* относят:

- лиц, страдающих психическими расстройствами, включающими аффективные проявления, особенно тяжелые депрессии;
- лиц, злоупотребляющих алкоголем и принимающих наркотики. Наркотики и алкоголь ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию или даже вызывают психозы. Наркомания и алкоголизм имеют отношение к 25–30% самоубийств, среди молодых людей их роль может быть еще выше — до 50%;
- больных, страдающих хроническими или смертельными болезнями;

- лиц, переживающих тяжелые утраты, например смерть ребенка, супруга, родителя, особенно в течение первого года после потери;
- лиц, имеющих семейные проблемы (измена, уход из семьи или развод);
- лиц, имевших суицидальные попытки в прошлом. По данным некоторых источников, процент суицидов у лиц, имевших предыдущие незаконченные попытки суицида (парасуицид), вероятность повторного суицида достигает 30%;
- лиц, высказывающих суицидальные угрозы, прямо или завуалированно;
- лиц, имеющих тенденции к самоповреждению (аутоагрессии);
- лиц, в семье которых имели место суициды.

Врачи, сталкивающиеся с этими группами населения, друзья и их семьи должны остерегаться упрощенного подхода или чрезмерно быстрых заключений. Люди могут попасть в группу риска, что еще не означает их склонности к суициду. Необходимо подчеркнуть, что не существует какой-либо одной причины самоубийства. Тем не менее, к намекам на суицид следует относиться со всей серьезностью. Высокий суицидальный риск наблюдается при так называемых «иронических», или «улыбающихся», депрессиях. С особой бдительностью следует принимать во внимание сочетание опасных сигналов, если они сохраняются в течение определенного времени.

Аутоагрессивные действия, в том числе с суицидальной целью, достаточно часто встречаются в клинике психических заболеваний. Сюда относятся различные депрессивные состояния, галлюцинаторно-бредовые расстройства, ипохондрический бред, некоторые синдромы нарушения сознания. Импульсивные суицидальные действия могут быть при кататонических расстройствах и у больных шизофренией с выраженными изменениями личности, которые совершают аутоагрессивные действия ради «эксперимента» — «посмотреть, что получится». Предвидеть такие действия больных весьма сложно.

Суицидальное поведение у детей и подростков

В подростковом возрасте уровень суицидальных попыток максимальный по сравнению с другими группами населения, уровень завершенных суицидов стоит на 3-м месте среди других возрастных групп. В возрасте до 10 лет суицидальные попытки редки, завершенные суициды единичны.

Причины суицидов у подростков:

- лично-семейные конфликты (развод родителей, болезнь или смерть близких, одиночество, неудачная любовь, оскорбление);
- конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента (опасения уголовной ответственности, позор);
- конфликты, связанные с учебой или работой;
- состояние здоровья (психические и соматические заболевания, инвалидность);

- материально-бытовые трудности.

В качестве *мотивов самоубийства* могут выступать: переживание обиды, чувство одиночества, стыда, недовольства собой, боязнь наказания. Мотивы часто не соответствуют причинам, для каждого суицидента самоубийство имеет личностный смысл. Подростковые попытки бывают продиктованы *мотивами манипулирования*, контроля над другими при нежелании умереть. В качестве примеров таких мотивов можно назвать:

- протест — непримиримость, желание наказать обидчиков, причинить им вред хотя бы фактом собственной смерти;
- призыв — желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие («Посмотрите, как мне плохо и больно!»);
- избегание — устранение себя от наказаний, непереносимой угрозы или физических страданий, например, в случае тяжелого заболевания.

Подросток, 16 лет, внешне невзрачный, маленького роста, влюбился в девушку 17 лет, модельной внешности. Девушка не отвечала ему взаимностью, но тем не менее постоянно держала его в «своей свите» в качестве пажа и шута, так как он умел развеселить компанию. Пригласив девушку на дискотеку и получив отказ, мотивированный якобы ее плохим самочувствием, подросток не поверил и вечером отправился караулить у ее дома. Через некоторое время он увидел, как девушка вышла из дома и села в автомобиль престижной марки, за рулем которого находился красивый высокий молодой человек. После отъезда автомобиля с молодыми людьми в неизвестном направлении подросток поднялся на ближайший самый высокий мост в городе и прыгнул вниз.

Причинами попыток самоубийства у детей могут быть:

- вина и стыд за проступки;
- насилие над детьми, развод родителей;
- алкоголизм или амбивалентное отношение матери к ребенку;
- потеря близких, а также гиперопека или заброшенность.

Мальчик, 9 лет, хулиганил на уроке (выкрикивал с места, швырялся бумажными шариками), получил замечание учителя с записью в дневнике. Опасаясь наказания родителей, пытался удалить эту запись, стерев с помощью ластика, но неудачно. Мать, обнаружив это и узнав о плохом поведении сына в школе, наказала ребенка, используя уничижительные выражения, пригрозив запретом гулять во дворе с приятелями и лишив возможности играть в компьютерные игры. После этой сцены мальчик молча вышел в соседнюю комнату, несколько минут сидел неподвижно в присутствии матери, а когда мать вышла из комнаты, выпрыгнул с балкона 9-го этажа.

Оказание помощи при суицидальном поведении

Попытка совершения суицида или признаки, свидетельствующие о подготовке к нему (предсуицидальное поведение), являются основани-

ем для помещения такого человека в кризисный или психиатрический стационар, так как существует риск повторения суицида, а домашние условия или условия неспециализированного больничного отделения не дают возможности предупредить и предотвратить аутоагрессивные действия больного с суицидальной целью. В таких случаях *возможна недобровольная госпитализация пациента* в соответствии с законом «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».

Во всех этих случаях за больным необходимо постоянное наблюдение со стороны персонала лечебного учреждения. С этой целью медперсонал должен быть специально обучен и осведомлен о возможных суицидальных действиях. Все предметы, которыми мог бы воспользоваться больной для совершения суицида, должны быть устранены. Не следует оставлять больного одного в ванной комнате, туалете, позволять ему укрываться одеялом с головой, накапливать медикаменты. Наблюдение должно сопровождаться повышенной заботой и вниманием. Вместе с тем следует иметь в виду, что чрезмерно откровенный контроль за больным может вызвать у него подозрительность и склонность к диссимуляции своих переживаний. Особую бдительность следует проявлять в утренние часы, когда, как правило, усиливаются депрессивные расстройства, сопровождающиеся обострением чувства тоски, безысходности, бредовых идей самоуничтожения и самоубийства. Суицидальные поступки могут совершаться и во время свиданий с родственниками, прогулок во дворе, во время трудотерапии. Поэтому необходимо систематически осматривать комнаты свиданий, убирать прогулочные территории и удалять все острые, колющие и режущие предметы. В особых случаях, при постоянной и настойчивой тенденции больного к самоповреждению, агрессии по отношению к окружающим, допускается временная его иммобилизация.

Одновременно с обеспечением необходимого ухода и надзора за больными с суицидальными тенденциями должна проводиться и медикаментозная терапия, включающая антидепрессанты. Ввиду того, что эффект антидепрессантов появляется только через 1,5–3 нед., при тревожных состояниях показаны транквилизаторы (диазепам, феназепам, лоразепам, нитразепам), в том числе для предотвращения бессонницы, нейролептики седативного спектра (левомепромазин, хлорпротиксен, сонাপакс и др.).

Профилактика суицидов заключается в использовании превентивных мер (от лат. *praevenire* — предшествовать, предвосхищать), основанных на знании социальных и психологических предвестников суицида. В предотвращении суицидальных попыток, особенно в случае психогенных причин депрессии, часто связанных с утратой (родных, друзей, здоровья или работы и др.), важное значение имеют психотерапевтические подходы, способствующие реабилитации таких больных. Психотерапевтическое воздействие должно быть направлено на снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации, уменьшение психологической зависимости от причины, повлекшей

суицидальное поведение, формирование компенсаторных механизмов поведения на основе адекватного отношения к жизни и смерти.

Обучение социальным навыкам и умениям преодоления стресса. Особое значение имеет оказание помощи и социальной поддержки подросткам с подключением семьи, школы, друзей и т.д. Может проводиться социально-психологический тренинг проблем разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания. Для этого используются индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия по повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.

30.7. Эпилептический статус

Эпилептический статус (*status epilepticus*) определяется как «стойкое эпилептическое состояние» с повторяющимися или непрерывными приступами, которые продолжаются более 30 мин и между которыми у больного не восстанавливается ясность сознания, сохраняются признаки комы.

Этиология

Этиологические факторы, определяющие развитие статуса, разнообразны. Статус может возникать как осложнение эпилепсии или быть ее манифестным проявлением. Наиболее частыми причинами возникновения эпилептического статуса является резкий обрыв противосудорожной терапии или состояние абстиненции при злоупотреблении снотворно-седативными препаратами (барбитуратами и транквилизаторами бензодиазепинового ряда). Среди других причин возникновения эпилептического статуса без предшествующих эпилептических пароксизмов можно выделить нейроинфекции, острые нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговую травму, опухоли головного мозга, интоксикации. Эти заболевания должны быть диагностированы и лечиться параллельно с лечением эпилептического статуса.

Распространенность

Эпилептический статус встречается с частотой 18–20 случаев на 100 000 населения и является одним из наиболее распространенных неврологических состояний. В 50% случаев эпилептический статус возникает у детей раннего возраста. Среди больных эпилепсией статус также чаще отмечается у детей (10–25%), чем у взрослых (5%).

Клиническая картина

Частота судорожных приступов составляет от 3 до 20 в час. Клинические проявления определяются выраженными изменениями, вызванными предшествующим припадком, в сознании, системах дыхания и гемодинамики больного. Сознание ко времени возникновения следующего припадка полностью не восстанавливается, и больной остается в состоянии оглушения, сопора или комы. При продолжительном

эпилептическом статусе коматозное состояние углубляется, судороги принимают тонический характер, гипертония мышц сменяется атонией, а гиперрефлексия – арефлексией. Нарастают гемодинамические и дыхательные нарушения. Судороги могут полностью прекратиться, и наступает стадия эпилептической прострации: глазные щели и рот полуоткрыты, взор безучастный, зрачки широкие. В таком состоянии может наступить смерть.

Эпилептический статус у детей

Причины эпилептического статуса, чаще встречающиеся у взрослых (цереброваскулярные процессы, лишение алкоголя, гипоксические состояния), в детском возрасте почти не играют никакой роли. У детей этиологически доминируют менингоэнцефалические инфекции, врожденные аномалии развития, последствия церебральных повреждений, прогрессирующие нейродегенеративные заболевания. У новорожденных в подавляющем большинстве случаев статусы обусловлены нейрометаболическими нарушениями, инфекциями, кровоизлияниями в мозг, гипоксически-ишемическими энцефалопатиями, а в раннем грудном возрасте – острыми воспалениями и электролитными нарушениями. У пациентов с выявленной ранее эпилепсией наиболее частой причиной статусов является снижение концентрации антиконвульсантов в крови (неправильная смена терапии, отмена антиконвульсантов).

Диагностика и прогноз

Помимо распознавания клинической картины эпистатуса, важно также определить его этиологию, так как известно, что смертность от эпистатусов в случаях ранее диагностированной эпилепсии около 5%, в то время как при симптоматических эпистатусах она достигает 30–50%. Вторым по важности прогностическим фактором является продолжительность статуса. Если статус длится более 30 мин, следует опасаться развития серьезных церебральных, сердечно-сосудистых, респираторных, вегетативных и метаболических осложнений (отек мозга, гипоксия, гипотензия, гиперпирексия, лактацидоз, изменения электролитного баланса), которые приводят к необратимым неврологическим и нейропсихологическим нарушениям.

Терапия

Эпилептический статус представляет собой состояние, требующее неотложной помощи, так как связанная с ним смертность даже в настоящее время может достигать до 30–50%. Экстренную помощь необходимо начинать немедленно, независимо от места нахождения больного. Если немедленного эффекта достичь не удалось, требуется срочно вызвать реанимационную службу.

В международной практике принято использовать унифицированную этапную схему со строго определенными временными рамками. На догоспитальном этапе применяется лечение внутривенным введением

20–40 мг диазепама (реланиума) в смеси с 40% раствором глюкозы. Введение должно быть медленным, чтобы не вызвать остановку дыхания. Своевременное начало лечения (*1-й этап* — от 0 до 10 мин) дает возможность купировать эпилепсию в 85–90% случаев. При отсутствии эффекта лечение продолжают в условиях стационара, предпочтительно реанимационном отделении.

2-й этап (30–40 мин).

1. Вводится диазепам 20 мг (детям 0,2–0,4 мг/кг) ректально или медленно внутривенно, или клоназепам 2 мг (детям 0,01–0,04 мг/кг) — медленно внутривенно. Следует учитывать быстрое наступление действия (5–15 мин) не только противосудорожных эффектов, но и угнетения дыхания, седативного эффекта.

2. Сразу после этого назначается внутривенно фенитоин (детям — 10–15–20 мг/кг) со скоростью инъекции <50 мг/мин. Следует учитывать, что максимальный эффект наступит через 20–30 мин. При падении АД, возникновении аритмии скорость введения необходимо уменьшить. Часто первым симптомом интоксикации является нистагм. В настоящее время существует инфузионная форма фенитоина (фенгидан).

В случае резистентности (эпилепсия продолжается 60 мин и более, несмотря на применение не менее двух антиконвульсантов первой очереди выбора) предлагают применять инфузионные формы фенобарбитала или бензодиазепинов. При этом также следует учитывать возможность угнетения дыхания.

3-й этап (рефрактерный статус). Применяется общая анестезия, например, с помощью тиопентала, которая проводится в отделении интенсивной терапии (реанимации). Наркоз необходимо продолжать 12–24 ч после последнего приступа. Желательно постоянно регистрировать ЭЭГ с целью подавления судорожной активности.

Для поддержания жизнедеятельности, устранения нарушений ликвородинамики и метаболизма проводится инфузионная дегидратационная терапия (магнезия, маннитол, лазикс и т.д.), вводятся кортикостероиды, используются дыхательные analeптики [только кордиамин, так как другие (камфора, сульфокамфокаин, бемегрид) могут усиливать судороги!)], сердечно-сосудистые средства (коргликон, эуфиллин).

В случае симптоматического эпилептического статуса, вызванного, например, кровоизлиянием в мозг, гематомой, связанной с черепно-мозговой травмой, аневризмой, опухолью мозга, необходимо срочное нейрохирургическое вмешательство, направленное на декомпрессию мозга.

Раздел V.

НАРКОЛОГИЯ

Глава 31.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

31.1. Наркология. Предмет и задачи. Основные понятия, критерии диагностики болезней зависимости, механизмы формирования

Наркология — раздел психиатрии, изучающий причины возникновения, механизмы формирования, клинические проявления зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), токсические эффекты, вызываемые ими, с целью разработки адекватных методов диагностики, лечения и профилактики зависимостей. Данное наиболее распространенное определение включает практически все аспекты проблемы наркологии.

В последние годы в мировой психиатрии данную проблему принято рассматривать в качестве единого спектра состояний и расстройств, в возникновении которых лежат сходные биологические и психологические механизмы, независимо от конкретного вещества. Поэтому привычное для отечественной медицины выделение в качестве самостоятельных разделов алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в настоящее время все в большей степени имеет не клинический, а социально-правовой смысл. Обусловлено это тем, что отечественные врачи в своей практической деятельности используют международную классификацию болезней МКБ-10, в основу которой положен вышеописанный принцип. Общепринятой национальной классификации наркологических заболеваний до настоящего времени не существует, несмотря на то, что в 1970-х годах в нашей стране наркология выделилась в отдельную медицинскую дисциплину.

Психоактивное вещество или средство (англ. psychoactive drug or substance) — любое вещество, которое уже при однократном употреблении способно вызывать привлекательные эффекты. Различные изменения психических функций (эмоций, восприятия и др.) обусловлены действием ПАВ на нейромедиаторные системы мозга — опиатную, серотонинергическую, ГАМКергическую и др. Психоактивные вещества могут привести к злоупотреблению и развитию зависимости. Алкоголь,

наркотики и другие вещества, входящие в группу ПАВ, имеют сходные механизмы формирования зависимости.

Критерии «наркотического вещества»:

1. *Медицинский* — оказывает специфическое действие на ЦНС (эйфорическое, седативное, стимулирующее, галлюциногенное и др.), которое является причиной немедицинского применения данного вещества или лекарственного препарата.

2. *Социальный* — немедицинское применение приобретает масштабы.

3. *Социальной значимости* (изготовление, распространение, социальные последствия для личности и др.).

4. *Юридический* — вещество признано наркотическим соответствующей международной (ВОЗ) или государственной (Министерство здравоохранения) инстанцией, уполномоченной на это, подлежит контролю со стороны государства, определяющего юридические санкции в связи с их приобретением, хранением.

Больные наркоманией и токсикоманией отличаются лишь по юридическому критерию. Зависимость, возникающая вследствие злоупотребления ПАВ, официально отнесенными к наркотическим средствам, при их систематическом приеме, обозначается как **наркомания**, в других случаях — **токсикомания** (за исключением зависимости от алкоголя).

В МКБ-10 юридический критерий не учитывается и деление на наркомании и токсикомании отсутствует. Некоторые из ПАВ разрешены законом, но находятся под контролем государства и облагаются налогом (алкоголь, табак), другие — разрешены законом, выдаются по рецепту врача (транквилизаторы, барбитураты), третьи — запрещены законом (героин, кокаин и др.). Существуют официальные «Перечни наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ», составляемые Министерством здравоохранения и утверждаемые правительством РФ (см. *Приложение 2* — списки I–IV).

В рубрике F1 МКБ-10 выделено 10 групп ПАВ, вызывающих при их употреблении психические и поведенческие расстройства:

F10 — алкоголь,

F11 — опиаты,

F12 — каннабиноиды,

F13 — седативные или снотворные вещества,

F14 — кокаин,

F15 — другие стимуляторы, включая кофеин,

F16 — галлюциногены,

F17 — табак,

F18 — летучие растворители,

F19 — сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ.

Выделяют следующие **клинические формы психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ**:

F1x.0. Острая интоксикация (неосложненная или осложненная).

F1x.1. Употребление с вредными последствиями.

F1x.2. Синдром зависимости (начальная, средняя, конечная стадии).

F1x.3. Синдром отмены (неосложненный, судорожный синдром).

F1x.4. Синдром отмены с делирием (классическим, мусситирующим и т.д.).

F1x.5. Психотическое расстройство (галлюциноз, параноид, депрессия).

F1x.6. Амнестический синдром.

F1x.7. Резидуальные и отсроченные психические расстройства («флэшбек» — рецидив симптоматики острой интоксикации без употребления ПАВ, расстройство личности и поведения, деменция).

Несмотря на то что в МКБ-10 для каждой из рассмотренных выше форм психических расстройств, связанных с употреблением ПАВ, формулируются и критерии их диагностики, необходимо отметить, что МКБ-10 предназначена прежде всего для статистических целей. Используемые в ней краткие и схематичные характеристики основных проявлений наркологических расстройств не дают представления о важнейших концептуальных положениях наркологии. Это касается вопросов терминологии, предикторов формирования зависимости, ее форм и стадий.

Основные концептуальные понятия и термины, используемые в описании наркологических заболеваний

Психическая (психологическая) зависимость (англ. dependence — зависимость) — общий термин, обозначающий необходимость или потребность в чем-то или в ком-то для поддержки, функционирования или выживания. Чаще для характеристики синдрома зависимости в наркологии используется термин *аддикция* (от англ. addiction — склонность, пагубное пристрастие). Зависимость проявляется в виде obsessивного влечения к наркотику, т.е. присутствуют элементы критики к своему поведению, связанному с употреблением ПАВ, и борьба мотивов. В качестве типичных проявлений психической зависимости выделяют:

- постоянные мысли о наркотике;
- подъем настроения в предвкушении приема наркотика;
- состояние подъема или удовольствия в опьянении (эйфория);
- подавленность, неудовлетворенность в отсутствие наркотика.

Психическая зависимость подразумевает необходимость повторных приемов психоактивного средства для обеспечения хорошего самочувствия или во избежание плохого самочувствия. Наиболее сильное пристрастие вызывают опиаты, кокаин, амфетамины, алкоголь и никотин. Психическая зависимость приводит к нарушению контроля над употреблением алкоголя или других ПАВ.

Синдром измененной реактивности (Пятницкая И.Н., 1994) включает:

- изменение формы потребления наркотика (от эпизодического к систематическому);

- повышение толерантности (увеличение разовой и суточной дозы алкоголя или других ПАВ для достижения эффекта, аналогичного первоначально возникавшему после меньших доз, отсутствие токсических реакций);
- исчезновение защитных реакций при передозировке (рвоты, кашля, икоты и др.);
- изменение формы опьянения с уменьшением и качественным изменением эйфории.

Утрата количественного и ситуационного контроля:

- в случае утраты количественного контроля человек не способен регулировать количество принятого алкоголя или другого ПАВ, в результате чего возникают тяжелые степени опьянения, вплоть до сопорозных и коматозных состояний, приводящих иногда к смерти в результате передозировки;
- ситуационный контроль утрачен, если человек прибегает к употреблению ПАВ в неподобающих ситуациях, без учета различных последствий для себя и окружающих.

Физическая (физиологическая) зависимость обозначает перестройку в организме человека, злоупотребляющего ПАВ, на уровне метаболизма.

Клиническими проявлениями физической зависимости являются:

- состояние физического комфорта в опьянении;
- компульсивное влечение к наркотику (тотальная охваченность и непреодолимое влечение к употреблению наркотика, сходное с витальными потребностями), не сопровождаемое борьбой мотивов;
- выраженные психические и соматоневрологические нарушения при прекращении приема наркотика (синдром отмены или абстинентный синдром).

Абстинентный синдром (синдром отмены) — синдром физических и психических нарушений, развивающийся после резкого прекращения приема ПАВ. При этом каждая из составляющих имеет свои особенности, специфику и динамику в зависимости от вида наркомании, стадий болезни. Нарушения в структуре абстинентного синдрома проявляются с обратным знаком к расстройствам, обычно наблюдающимся в состоянии опьянения (например, сонливость и апатия в случае употребления психостимуляторами).

Психическая зависимость распространяется на все виды ПАВ в достаточно выраженной степени. Физическая зависимость при употреблении некоторых наркотиков, например кокаина, каннабиса, может быть представлена не столь отчетливо.

Синдром последствий хронической наркотизации зависит от вида ПАВ и может проявляться:

- деградацией личности;
- психопатизацией;
- интеллектуально-мнестическими расстройствами;
- полисистемными соматоневрологическими расстройствами.

Большой наркоманический синдром (Пятницкая И.Н., 1994) включает три составляющие:

1. Синдром измененной реактивности организма к действию данного наркотика.
2. Синдром психической зависимости.
3. Синдром физической зависимости.

Выделяют следующие этапы формирования зависимости от ПАВ:

1. *Начало употребления*, «*первые пробы*», преимущественно в подростковом возрасте, реже — в детском. Реакция на прием алкоголя либо наркотика в этом случае может оказать влияние на дальнейшее потребление или отказ от приема ПАВ.

2. «*Экспериментальное*» *употребление*, чаще в подростково-юношеском возрасте, в компании сверстников, с учетом типичных для этого возраста реакций группирования. Исходя из имеющихся возможностей, выбирается доступное ПАВ, вызывающее наиболее приемлемое для потребителя состояние психического и физического комфорта (эйфорию).

3. *Социальное употребление*, в соответствии с принятыми в определенном обществе и окружении поводами. На этом этапе большинство людей отказываются от дальнейшего приема ПАВ, учитывая их вредные последствия, другие переходят к систематическому употреблению.

4. *Привычное употребление*, с проявлениями психической зависимости, повышением толерантности, впервые возникающими проблемами в связи с этим в семье и на работе. Однако и на этом этапе возможен отказ от дальнейшего употребления ПАВ.

5. *Злоупотребление* (чрезмерное потребление) ПАВ, когда проявляются конфликтные отношения в семье, в обществе, с законом, страдает соматическое здоровье, потребители пытаются купировать начальные проявления абстинентного синдрома. Это преддверие становления синдрома зависимости.

6. *Зависимость (аддикция)*, со всеми характеристиками, описанными выше.

31.2. Этиология и патогенез расстройств, обусловленных зависимостью от ПАВ

Длительное и интенсивное злоупотребление спиртными напитками или другими ПАВ — обязательное, но не единственное условие развития болезней зависимости (алкоголизма, наркомании, токсикомании). Некоторые люди злоупотребляют алкоголем по 15 лет и более, но ни физической, ни психической зависимости от алкоголя у них не обнаруживается. С появлением психической зависимости ведущим становится аддиктивный мотив (пристрастие, патологическое влечение к ПАВ), а с развитием физической зависимости — страх абстиненции, желание ее предотвратить или прервать.

Таблица 9

Основные формы мотивации употребления ПАВ

Мотивация	Эффекты воздействия ПАВ
Атарактическая	Устранение беспокойства и тревоги, страха, эмоционального дискомфорта, стремление к релаксации – успокоению, уходу от неприятностей и трудностей
Гедонистическая	Эйфоризирующий эффект, получение наслаждения
Активационная	Активизирующий эффект, выведение из состояния депрессии, пассивности, безразличия, апатии
Субмиссивная	Подчинение влиянию окружающих – «за компанию», нежелание оказаться вне «коллектива»
Псевдокультуральная	Мировоззренческие, культуральные установки, эстетические пристрастия

Факторы, участвующие в формировании зависимости, принято разделять на социальные («климат» в обществе в отношении алкоголя и наркотиков, питейные традиции, политика правительства, направленная на предотвращение алкоголизма и наркоманий), психологические и биологические. Это нашло отражение в распространенной *биопсихосоциальной модели алкоголизма и наркомании*. По мнению А.Е.Личко и В.С.Битенского (1991), пьянство имеет психосоциальную основу, а превращение его в алкоголизм – генетическую.

В основе психической зависимости лежит мотивация. Наиболее распространенные формы мотивации употребления ПАВ (Короленко Ц.П., Донских Т.А., 1990) отражены в таблице 9.

А.Е.Личко, В.С.Битенский (1991) указывают на необходимость разграничения понятий мотивации (как стимула к деятельности, определяемой потребностями) и мотивировки (субъективного объяснения своих поступков). Мотивировка может маскировать или искажать истинную мотивацию. Наиболее частой мотивировкой наркотизации подростки указывают любопытство, хотя ведущим мотивом является эйфория (Пятницкая И.Н., 1990).

Факторы, способствующие приобщению к алкоголю и наркотикам в подростковом возрасте:

- возраст – особенно склонны к употреблению алкоголя и наркотиков (ПАВ) подростки, юноши и молодые люди (14–16 лет);
- психологические особенности подростка, в частности низкая самооценка, неустойчивость психики, подверженность влиянию сверстников, расстройства психики;
- характерологические реакции подросткового возраста в виде группирования, стремления принадлежать к коллективу, подражание (имитации) поведению сверстников, являющихся в этот возрастной период более авторитетными, чем родители, учителя и другие взрослые;

- общество и микросоциальная среда (прогулы в школе, противоправная деятельность, одобряемая сверстниками, неуважение к власти, нравственным и общественным нормам поведения) оказывают мощное влияние на процесс приобщения к алкоголю и наркотикам;
- семья, в которой живет подросток, влияние негативных примеров родителей, старших братьев и сестер, неблагополучные семьи, безнадзорность детей, уход подростка из семьи;
- социальные проблемы — подростки прибегают к наркотикам, чтобы справиться с возросшими нищетой, безработицей, недостатком образования.

Несмотря на то что интерес к *генетике алкоголизма и наркомании* возник еще в начале XX в., убедительных данных, подтверждающих или отрицающих решающее влияние наследственности в развитии этой группы заболеваний до сих пор не получено. Существует мнение, что у детей, чьи родители больны алкоголизмом или наркоманиями, существенно повышен риск развития этих заболеваний (Иванец Н.Н. и др., 1997). Роль наследственности становится очевидной на примере развития алкоголизма. Отмечается частое развитие алкогольной зависимости у детей алкоголиков, которые с младенчества воспитывались непьющими приемными родителями. Совпадение алкоголизма у монозиготных близнецов наблюдается значительно чаще, чем у дизиготных. Существуют целые народности с крайне низкой толерантностью к алкоголю, связанной с недостаточностью некоторых ферментных систем. Знание генетических основ алкоголизма и наркоманий даст возможность подойти к разработке методов генотерапии. Чтобы реализовать вмешательство на генетическом уровне для лечения алкоголизма и наркоманий, необходимо иметь «генетический адрес», т.е. знать гены, ответственные за предрасположенность к злоупотреблению ПАВ, и их структурные особенности. В настоящее время доказано, что зависимость от ПАВ является полигенной, и поэтому поиск ответственных за это заболевание генов представляет значительную трудность.

До настоящего времени *не существует единой концепции патогенеза алкоголизма, наркоманий и токсикоманий*. Природа психической зависимости остается невыясненной. Согласно гипотезе И.П.Анохиной и соавт. (1999), нейрофизиологические механизмы развития зависимости от ПАВ связаны со стволовыми и лимбическими структурами мозга, в которых располагается система положительного подкрепления. Нейрохимические исследования позволяют сделать вывод о принципиальном единстве центральных механизмов зависимости от различных ПАВ. В связи с этим, возможно, что генетические механизмы предрасположенности также могут быть общими. У всех веществ, способных вызвать синдром зависимости, имеется общее звено фармакологического действия — характерное влияние на катехоламиную (КА) нейромедиацию в лимбических структурах мозга, в частности в системе подкрепления. Наследственную предрасположенность к возникнове-

нию патологического влечения к ПАВ связывают с дефицитом дофамина и норадреналина в гипоталамической области мозга. Воздействие ПАВ вызывает интенсивный выброс из депо в этих отделах мозга нейромедиаторов группы КА (в первую очередь дофамина — ДА) или активирует непосредственно ДА-рецепторы, что приводит к значительно более сильному возбуждению системы подкрепления. Такое возбуждение нередко сопровождается положительно окрашенными эмоциональными переживаниями. Поэтому, по мнению И.П.Анохиной (2007), поиск генов-кандидатов, ответственных за предрасположенность к злоупотреблению ПАВ, целесообразно вести именно среди генов, регулирующих ДА-нейромедиацию.

Однако далеко не все ПАВ, вызывающие зависимость, способны заменять друг друга, так как в механизмах их воздействия на мозг существуют и различия. В патогенезе опийных наркоманий нельзя не учитывать существование «эндогенных опиоидов» — эндорфинов и энкефалинов и чувствительных к ним специальных опиатных рецепторов в мозге. Стимуляторы типа эфедрина и первитина химически сходны с эндогенными катехоламинами. Каждое химическое вещество, прием которого приводит к появлению синдрома зависимости, помимо общего для всех таких веществ действия вызывает свои особые, частные фармакологические эффекты. Важная роль в патогенезе другими авторами приписывается нарушениям обмена серотонина, кинуренинов, гамма-аминомасляной кислоты и других биологически активных веществ. Совокупность этих частных и общих для всех ПАВ эффектов и определяет специфику клинической картины, характерную для той или иной формы зависимости. Для формирования зависимости огромное значение имеет наркогенность ПАВ или его аддиктивный потенциал, характеризуемый скоростью привыкания. Самыми наркогенными являются α -метил-фентанил, героин, кокаин.

Однако у *всех ПАВ*, различных по своему химическому составу, есть одно общее свойство: *все они характеризуются возможностью влиять на эмоциональную сферу человека*. Для изучения и обоснования механизмов патогенеза наркоманий в принципе неважно, благодаря чему возникает гедонический эффект: за счет возбуждения центров положительных эмоций или временной дезактивации эмоционально отрицательных структур головного мозга.

Таким образом, имеющиеся на современном этапе знаний данные о роли наследственности в механизмах формирования зависимости свидетельствуют, что *наследуются не сами алкоголизм или наркомания, а лишь предрасположение к ним, высокий риск развития, если начинается злоупотребление*. Помимо биохимических механизмов в формировании психической зависимости имеют значение некоторые черты характера, способствующие возникновению злоупотребления ПАВ, в частности патологическая конформность, а также психический инфантилизм. Важная роль преморбидных особенностей личности, точнее отдельных типов акцентуации характера, в развитии аддиктивного поведения

показана во многих исследованиях (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991). Это, в первую очередь, относится к акцентуациям неустойчивого типа, для которых характерны «гедонистические стремления» и реакция группирования со сверстниками. В более поздних исследованиях особенностей акцентуаций характера подростков с аддиктивным поведением и наркоманией было выявлено преобладание эпилептоидного и истероидного типа (Гузилов Б.М. и др., 1993). Реже всего встречаются среди алкоголиков и наркоманов личности с тормозимыми чертами: шизоиды и психастеники. Появились исследования, в которых приводятся данные о преобладании различных типов акцентуаций при разных формах наркомании: среди больных эфедроновой наркоманией чаще всего встречаются истероидные акцентуанты, а среди опийных наркоманов — эпилептоидные (Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю., 2000). Накопленные многочисленные данные изучения личностного преморбиды больных, страдающих различными типами зависимости, позволяют сделать вывод о том, что нет личности, подверженной алкоголизму и наркоманиям, но есть специфические личностные черты: 1) психическая незрелость; 2) трудность адаптации; 3) низкая толерантность к стрессам.

С момента формирования зависимости развитие алкоголизма и наркомании все более определяется биологическими факторами. Хроническая интоксикация алкоголем или другим ПАВ вызывает разнообразные биохимические и нейрофизиологические изменения в организме в целом и в мозге в частности. Однако какие из них являются следствием интоксикации, а какие лежат в основе зависимости, пока определенно выявить не удастся. Показано, что систематическое употребление ПАВ приводит к подавлению выработки эндогенных опиоидов, дефицит которых особенно проявляется в состоянии абстиненции. В развитии физической зависимости имеет значение изменение ферментных систем печени и других тканей — повышение активности алкогольдегидрогеназы и каталазы, снижение активности фермента, расщепляющего ацетальдегид (промежуточный продукт окисления алкоголя). Суть физической зависимости состоит в том, что регулярное поступление ПАВ в организм становится необходимым условием для поддержания измененного гомеостаза. Систематическое употребление ПАВ (в случае алкоголизма — многолетнее постоянное употребление алкоголя) приводит к перестройке биохимических процессов. Например, резко активизируются ферментные системы, участвующие в переработке алкоголя. Известно, что у непьющих около 80% всосавшегося алкоголя разрушается алкогольдегидрогеназой печени, около 10% — каталазой в других тканях и еще 10% выводится с выдыхаемым воздухом, мочой и калом. По мере развития алкоголизма активность каталазы возрастает — на II стадии до 50% уже инактивируется ею. Повышается также активность аспартат- и аланинаминотрансфераз и других ферментов, происходят иные сдвиги, касающиеся биологически активных веществ (катехоламинов, кинуренинов и др.), направленные на биохимическую

адаптацию организма к постоянному поступлению больших доз алкоголя. Индивидуальные состояние и функционирование механизмов нейромедиаторных, гормональных, ферментных систем определяют многообразие клинических проявлений болезней зависимости, сроки манифестации и темпы прогрессивности, осложнения, эффективность лечения и исходы.

Отрицательное влияние алкоголя и других ПАВ на генеративную функцию у мужчин является следствием как прямого действия их на соответствующие клетки мужских половых желез, которые производят сперматозоиды, так и нарушения гормональной регуляции их функции вплоть до бесплодия. Клиническими исследованиями установлено, что при острой и хронической алкогольной интоксикации страдает синтез мужского полового гормона (тестостерона) в яичках и снижается содержание его в плазме крови.

Этанол и другие ПАВ также оказывают отрицательное влияние на детородную (генеративную) функцию женщин, изменяя структурно-функциональную организацию женских половых желез. У женщин, страдающих алкоголизмом или наркоманией, часто встречаются расстройства менструального цикла, наступает преждевременный климакс. Яичники могут подвергаться жировому перерождению и продуцировать незрелые яйцеклетки. Женщины, злоупотребляющие алкогольными напитками, реже беременеют, и у них труднее сохранить беременность. Употребляя ПАВ во время беременности, женщина наносит двойной вред — собственному здоровью и здоровью будущего ребенка, обусловленный акушерской патологией и разнообразными нарушениями у плода и новорожденного. В многочисленных работах зарубежных и отечественных авторов показано, что дети больных алкоголизмом или наркоманией родителей составляют группу высокого риска не только болезней зависимости, но и различных соматических и психических аномалий и расстройств (Москаленко В.Д. и др., 1990). Наиболее частым осложнением при использовании различных наркотиков являются преждевременные роды (например, при героиновой наркомании — до 50%) или выкидыши. Очень часто отмечаются мертворожденность и ранняя неонатальная смертность среди новорожденных: 75% детей при героиновой и 82% детей при метадоновой наркомании матерей умирают вскоре после рождения. Частым следствием злоупотребления будущей матерью во время беременности спиртными напитками (алкоголь легко проникает через плацентарный барьер, так же как и в молоко кормящей матери) могут явиться *алкогольная эмбриопатия* и *алкогольный синдром плода*. Деструктивные изменения в головном мозге и периферических нервных волокнах связывают не только с прямым токсическим действием алкоголя, но и с дефицитом витаминов группы В, а также с интоксикацией, обусловленной поражением печени. В дальнейшем выявляется отставание в физическом и интеллектуальном развитии.

Наконец, употребление наркотиков женщиной во время беременности может стать причиной рождения ребенка со сформированной

наркотической зависимостью. У 40–50% детей, чьи матери злоупотребляли алкоголем во время беременности, имеется риск заболевания алкоголизмом (Москаленко В.Д., 1990; Гунько А.А., 1992). Если женщина во время беременности принимала алкоголь или наркотики, имеется большая вероятность рождения ребенка с признаками неонатального синдрома лишения наркотиков (абстинентного синдрома). Клинические признаки синдрома лишения обнаруживаются у 60–90% новорожденных, чьи матери употребляли наркотики в I–II триместрах беременности.

31.3. Эпидемиологические данные о распространенности алкоголизма и других видов химической зависимости (наркоманий и токсикоманий)

Во всем мире наркология входит в компетенцию психиатрии. В материалах ВОЗ (2001) отмечаются колебания распространенности алкогольной зависимости: наиболее высокие показатели в Германии – 7,2%, Франции – 4,3%, Бразилии – 4,1%; низкие показатели в Нигерии – 0,4%, Китае – 1,1%. Во многих публикациях отмечается рост алкоголизма в странах Восточной Европы и бывшего СССР, включая Россию. Существуют данные о росте числа больных алкоголизмом во второй половине XX в. – с 2,3 человека на 1000 населения в 1965 г. до 15–16 человек к началу 1980-х годов (Жариков Н.М. и др., 2005). При этом контингент больных алкоголизмом практически сравнялся с остальным психиатрическим контингентом. В этих условиях в 1976 г. произошло выделение наркологической помощи в самостоятельную службу, существующую до настоящего времени.

По мнению ряда ведущих отечественных психиатров (Т.Б.Дмитриева, Н.Н.Иванец, А.Г.Гофман и др.), проявлением сложной социальной ситуации в обществе в последние десятилетия стало увеличение распространенности наркологических заболеваний.

Известно, что в России алкоголь является наиболее распространенным психоактивным веществом. Несмотря на рост наркоманий, алкоголизм остается доминирующим в нашей стране. О распространенности пьянства судят по потреблению алкоголя на душу населения (обычно в литрах 100% алкоголя в год). Если оно составляет менее 5 л в год, то его можно считать умеренным, если более 10 л в год – очень высоким. Потребление в год более 8 л алкоголя опасно для физического и психического здоровья. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), ежегодное употребление алкоголя на душу населения в России выросло с 1990-х годов почти в 3 раза. В настоящее время на одного россиянина в год приходится в среднем около 15 л алкоголя (на каждого взрослого мужчину более 180 бутылок водки в год). Пиво

составляет 75% от общего объема продаваемых в России алкогольных напитков, 16% приходится на долю водки, на вина — 8%, на коньяк — 1%. Помимо собственно спиртных напитков лица, злоупотребляющие алкоголем, употребляют и спиртосодержащие жидкости — одеколоны, духи, антисептики, средства бытовой химии. Алкогольные висцеропатии, токсические проявления чаще развиваются у них раньше, чем зависимость.

Согласно данным Государственной статистической отчетности по наркологии, заболеваемость алкоголизмом в 1991—1995 гг. возросла на 57,5%, алкогольными психозами — в 4,6 раза, наркоманией — в 4 раза; в 2000 г. по сравнению с 1991 г. алкоголизм вырос на 37,7%, наркомании — в 10,7 раза.

В последние годы темпы роста снизились: за 2001 г. — алкоголизм на 18%, наркомании среди всего населения — на 14%, среди подростков — на 35%, среди женщин — на 15% (Кошкин Е.А., Киржанова В.В., 2004). По данным официальной статистики за 2003 г., почти 2 млн 900 тыс. россиян вовлечено в болезненное пьянство, что составляет 2% от всего населения страны. Кроме того, в течение последних лет устойчиво высоким остается уровень алкогольных психозов, который в 2001 г. вырос в 18 раз по сравнению с 1991 г. По данным за 2003 г., лишь официально лечились в государственных медицинских учреждениях 138 тыс. больных (96,8 на 100 тыс. населения).

По разным экспертным оценкам, *реальная численность больных наркоманиями* в стране значительно превышает количество больных, состоящих на учете, и составляет, по одним данным, примерно 600 тыс., по другим — 870 тыс. человек. По мнению некоторых специалистов, на каждого зарегистрированного потребителя наркотиков приходится от 8 до 50 незарегистрированных. По данным органов наркоконтроля, сегодня в России насчитывается *около 6 млн* употребляющих и зависимых от наркотиков граждан. Среди первичных больных около 90% составляют больные опийной наркоманией. За последние годы все большее распространение находят психотропные вещества. Ежегодно от передозировки наркотиков в России погибают до 100 тыс. человек. Каждая четвертая смерть происходит от так называемых клубных наркотиков, т.е. ЛСД и экстази.

Проблема табакокурения затрагивает интересы огромного числа людей — не только самих курильщиков, но и их окружения: членов семей, коллег по работе, а также лиц, случайно оказавшихся рядом с курящим человеком. Согласно оценке ВОЗ, в мире насчитывается 1,26 млрд. курящих людей, в России — 40—45 млн. *Распространенность курения среди взрослого населения РФ* — 63,2% мужчин и 9,7% женщин. Среди мужчин трудоспособного возраста распространенность курения увеличилась с 51 (1987) до 70,5% (2000).

Для борьбы с распространением наркомании, достигшим степени пандемии, в РФ в 2003 г. создан Государственный комитет по наркоконтролю, принята целевая Федеральная программа «Комплексные меры

противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 гг.». На нее предполагается израсходовать 3 млрд рублей. Цель программы – снижение масштабов потребления наркотиков к 2010 г. на 16–20%, а числа наркоманов – примерно на 1 млн.

31.4. Эпидемиологические данные о распространенности алкоголизма и других видов химической зависимости (наркоманий и токсикоманий) у несовершеннолетних

В структуре психических заболеваний детей и подростков роль наркологических расстройств (алкоголизма, наркоманий и токсикоманий) невелика. В детском возрасте случаи учтенных наркологических расстройств связаны главным образом с токсикоманиями, в подростковом возрасте – преимущественно с алкоголизмом и быстро растущими наркоманиями. Потребление несовершеннолетними наркотических средств продолжает оставаться острой проблемой, стоящей перед российским здравоохранением. Вместе с тем следует отметить определенные изменения, которые произошли в структуре заболеваемости и болезненности наркологической патологией у несовершеннолетних. Так, в 2001 г. впервые за десятилетие было отмечено появление отдельных позитивных тенденций.

В целом по всей группе наркологических заболеваний у несовершеннолетних отмечается незначительное снижение показателей болезненности на 3% и заболеваемости на 3,7% по сравнению с 2001 г. Уровень болезненности подростков наркоманиями снизился в 1,3 раза и составил 100,7 на 100 тыс. подросткового населения. Показатель заболеваемости наркоманиями уменьшился в 1,5 раза и составляет 54,9 на 100 тыс. подросткового населения. Данная тенденция усилилась в 2002 г. Болезненность подростков наркоманиями составила 53,9 на 100 тыс. подросткового населения, что в 1,8 раза, или на 46,5%, меньше, чем в 2001 г. Показатель заболеваемости подростков наркоманиями составил 17,8 на 100 тыс. подросткового населения, уменьшившись, таким образом, в 3,1 раза, или на 67,6%, по сравнению с 2001 г.

С другой стороны, отмечается *рост употребления ненаркотических психоактивных веществ и алкоголя*. Наблюдается значительное увеличение показателей заболеваемости токсикоманиями по сравнению с 2001 г. с 8,3 до 12,8 на 100 тыс. подросткового населения, что составляет увеличение в 1,5 раза, или на 54,2%. По сравнению с 2001 г. болезненность алкоголизмом среди подростков выросла с 20,7 до 26,2 на 100 тыс. подросткового населения, увеличившись в 1,3 раза (26,2%). Наблюдается дальнейшее увеличение количества подростков, состоящих на учете с диагнозом алкогольный психоз: этот показатель составил 1,1–1,2 на 100 тыс. подросткового населения. Принимая во внимание, что уровень алкогольных психозов является своего рода маркером ин-

тенсивности злоупотребления в популяции, его увеличение имеет крайне неблагоприятное прогностическое значение для развития ситуации с пьянством у несовершеннолетних.

С психологическими, эмоциональными и социальными аспектами становления личности тесно связана и *проблема отравлений*. Число госпитализированных с отравлениями детей за 10 лет колеблется в пределах 136—145 на 100 тыс. детей без выраженной тенденции к снижению. В 2 раза (с 0,8 до 0,4%) удалось снизить госпитальную летальность, но на догоспитальном этапе она остается высокой. В 80% случаев наблюдаются отравления веществами, основными среди которых являются сердечно-сосудистые препараты, преимущественно клофелин, транквилизаторы и нейролептики, седативные и снотворные средства, в том числе производные барбитуровой кислоты. Далее идут отравления сельскохозяйственными, промышленными и растительными ядами, препаратами бытовой химии, алкоголем, нефтепродуктами, солями тяжелых металлов. Регистрируется увеличение количества групповых и массовых отравлений экологического, криминального, природного, техногенного и социального характера. Значительную угрозу представляет растущее употребление сочетания алкоголя с лекарственными веществами психотропного действия. Происходит «перетекание» внутри токсикологических групп: например, при блокировании доступной продажи паркопана увеличилось отравление феназепамом, димедролом, снижение доступности наркотиков резко увеличило отравление техническими растворителями, бензином, клеями. Особое беспокойство вызывает рост отравлений среди детей, оказавшихся в условиях бродяжничества. Эта группа детей, находящихся в состоянии хронической интоксикации в результате постоянного употребления ингаляционных и фармакологических средств в сочетании с алкоголем, нуждается в комплексном лечении и психосоциальной реабилитации.

Глава 32.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Алкоголизм (алкогольная зависимость, по МКБ-10) — хроническое заболевание, развивающееся вследствие длительного систематического употребления спиртных напитков, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю с формированием психической, а затем и физической зависимости.

Термин «хронический алкоголизм», ранее широко использовавшийся для обозначения разнообразных расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголем, считается устаревшим. Этот термин ввел шведский ученый М.Гусс, опубликовавший в 1852 г. работу «Хронический алкоголизм, или алкогольная болезнь». Хронический алкоголизм он понимал как заболевание с рядом расстройств, главным образом в психической, чувствительной и двигательной сферах, а также во внутренних органах, развивающихся под влиянием злоупотребления спиртным в течение длительного времени. Термин «хронический алкоголизм» вызывает возражения в связи с тем, что не может быть «острого алкоголизма». Можно говорить только об острой алкогольной интоксикации, или состоянии алкогольного опьянения. В научной литературе, когда речь идет о заболевании, правомерно использование термина «алкоголизм», несмотря на то что этим термином пользуются в более широком социальном плане, отождествляя его с понятием «пьянство». ВОЗ предпочитает термину «алкоголизм» (хронический алкоголизм, алкогольная болезнь, этилизм и др.) термин **«синдром алкогольной зависимости»**. Считается, что термин «алкогольная зависимость», так же как и «табачная зависимость», а тем более «наркотическая зависимость», более точно отражает сущность заболевания и может успешно использоваться в психотерапевтической работе с больными. В большинстве своем заболевания возникают независимо от больного, а в зависимость от табака, алкоголя или наркотика он попадает по своей вине. Стать «случайно» курильщиком табака, алкоголиком или наркоманом невозможно. Избавиться от зависимости только усилиями медицины также невозможно, зависимость должен преодолеть сам пациент, с помощью врача, приложив для этого выраженное стремление и немалую волю. Алкоголь

обладает практически всеми свойствами наркотических веществ, в достаточной степени выраженными и опасными, в связи с чем он и включен в перечень психоактивных веществ под первым номером.

В ряду веществ, вызывающих зависимость, т.е. привыкание и болезненное пристрастие, этиловый или винный спирт (этанол), называемый обычно алкоголем, является наиболее распространенным. Этому способствуют укоренившиеся на протяжении столетий традиции и обычаи. Алкоголь, с позиции фармакологии, токсикологии и наркологии — наркотическое вещество. Но поскольку алкоголь не внесен в список веществ, взятых под контроль, как наркотики, юридически алкоголизм не считается наркоманией. В системе организации наркологической помощи населению алкоголизм занимает ведущее место и представляет основную форму заболеваний в этой группе.

Алкоголизм сам по себе расстройство не психотическое, но при нем могут возникать психозы, причиной которых служит как хроническое отравление самим алкоголем, так и вызванные им нарушения метаболизма, особенно функций печени. Алкогольное опьянение может стать также провокатором эндогенных психозов. На исходной стадии алкоголизма развивается деменция.

Алкогольное опьянение

Опьянение проявляется психическими, неврологическими и соматическими нарушениями. Их тяжесть зависит не только от дозы алкоголя, но и от скорости его всасывания из желудочно-кишечного тракта, чувствительности к нему организма. Всасывание алкоголя происходит в желудке и тонком кишечнике. Обильная, особенно богатая жиром и крахмалом (картофель), пища замедляет всасывание. Натощак и в присутствии углекислоты (шампанское, газированные напитки) всасывание ускоряется. Чувствительность повышается при утомлении, голодании, недосыпании, охлаждении и перегревании. Переносимость алкоголя снижена у детей, инфантильных подростков, стариков и у соматически ослабленных людей. Она может зависеть от генетических факторов, например от активности ферментов, перерабатывающих алкоголь. Например, из-за генетически обусловленной низкой активности этих ферментов (атипичная алкогольдегидрогеназа) некоторым народам Крайнего Севера присуща крайняя непереносимость алкоголя: от умеренных доз у них может наступить опасное для жизни коматозное состояние.

32.1. Острая алкогольная интоксикация

Простое (типичное) алкогольное опьянение

Картина простого опьянения встречается наиболее часто у непьющих или редко и мало пьющих. В зависимости от тяжести состояния принято выделять три степени опьянения.

У лиц с *легкой степенью опьянения* состояние напоминает гипоманиакальное и обычно проявляется повышением настроения (эйфория) с чувством удовольствия, комфорта и желанием общаться с окружающими. Люди становятся говорливыми, речь делается громкой и быстрой, мимика утрированной, жесты размашистыми, движения порывистыми, но менее точными. Внимание легко отвлекается. Качество работы, особенно требующей сосредоточения, ухудшается, но свои возможности человек переоценивает. Отмечаются гиперемия лица, тахикардия, повышение аппетита и растормаживание сексуального влечения. Через 2–4 ч наступают вялость и сонливость. Весь период опьянения вспоминается хорошо.

У лиц со *средней степенью опьянения* отмечаются выраженные неврологические нарушения: речь делается смазанной (дизартрия), походка — шаткой, при стоянии они покачиваются (атаксия), почерк резко меняется, при пальценосовой пробе промахиваются. Нередко возникают тошнота и рвота (при развитии алкоголизма их уже не бывает). Настроение неустойчивое: эйфория с бурными проявлениями веселья чередуется с раздражительностью, озлобленностью, склонностью к скандалам и агрессии. Внимание переключается с трудом. Ориентировка в окружающем сохранена. Возбуждение сменяется глубоким сном, за которым следуют разбитость, вялость, головная боль. О некоторых событиях, произошедших во время опьянения, могут помнить смутно.

Тяжелая степень опьянения проявляется прогрессирующим угнетением сознания — от выраженного оглушения до сопора и комы. Во время оглушения опьяневшие стоять не могут (атаксия). Лицо амимично. Рвота опасна аспирацией рвотных масс. Нередко наблюдается недержание мочи и кала. Тело становится холодным, конечности — цианотичными. Оглушение с маловнятным бормотанием или отдельными эмоциональными выкриками переходит в беспробудный сон — сопор, во время которого даже старый прием — запах нашатырного спирта — не пробуждает, а лишь вызывает гримасу и стон (псевдоаффект). В коматозном состоянии исчезает реакция зрачков на свет, а при углублении комы — корнеальный рефлекс, дыхание делается затрудненным, пульс ослабевает. После пробуждения от тяжелой степени опьянения воспоминаний не сохраняется (амнезия). Несколько дней удерживаются астения и потеря аппетита.

Атипичная картина опьянения

Атипичная картина опьянения развивается при некоторых видах психопатий (расстройствах личности), после перенесенных в прошлом черепно-мозговых травм, мозговых инфекций, нейроинтоксикаций, при психических заболеваниях, некоторых хронических соматических заболеваниях. Атипичному опьянению способствуют вынужденная бессонница, сильный эмоциональный стресс, а также сочетание алкоголя с другими токсическими и лекарственными средствами.

Дисфорическое опьянение встречается при эксплозивных и эпилептоидных психопатиях и акцентуациях характера эпилептоидного типа, после черепно-мозговых травм, при эпилепсии с изменениями личности. Характеризуется преобладанием мрачного угрюмо-злобного настроения, с раздражительностью, придирчивостью, склонностью к агрессивным действиям в отношении окружающих, а также аутоагрессии (наносит самоповреждения, чаще в виде порезов на теле).

Депрессивное опьянение характеризуется подавленным настроением, переживанием чувства безысходности, самобичеванием. Внешне опьянение сопровождается двигательной и речевой заторможенностью. В таком состоянии могут совершаться неожиданные для окружающих суицидные действия. Обычно подобная форма опьянения является выражением психогенной или эндогенной депрессии и обнажает существующие аффективные расстройства.

Сомнолентное опьянение встречается у астеничных и ослабленных субъектов, при быстром всасывании алкоголя при его употреблении в сочетании с газированными напитками, а также при его сочетании с транквилизаторами или клофелином. Эйфория мимолетна или вовсе отсутствует, вегетативные нарушения не выражены. После приема алкоголя быстро наступает крепкий сон. Его глубина и продолжительность зависят от степени опьянения, возможен переход в сопор и кому.

Истерическое опьянение возникает у личностей с истерическими чертами характера. Обращают на себя внимание демонстративность и театральность поведения, желание вызвать сочувствие или восхищение окружающих, прибегая к рассказам о различных эпизодах своей жизни. Бурная экспрессия, патетические интонации и позы являются составляющими спектакля, разыгрываемого личностью в состоянии опьянения. Нередко при этом имеют место суицидальные высказывания и могут наблюдаться демонстративные суицидальные попытки.

Патологическое опьянение

Патологическим опьянением называется остро возникающее транзиторное психотическое состояние, вызванное приемом алкоголя, иногда даже небольшого количества крепких напитков. *Критериями диагностики* патологического опьянения считаются:

- внезапное начало и внезапный конец психотического состояния;
- возникновение психотического состояния вскоре после употребления алкоголя в диапазоне от 10–15 мин до 1 ч, не зависимо от дозы выпитого спиртного;
- продолжительность от нескольких минут до нескольких часов;
- отсутствие внешних признаков опьянения;
- тотальная или парциальная амнезия после выхода из патологического опьянения на фоне резидуальной астении.

Патологическое опьянение чаще возникает у лиц, не страдающих алкоголизмом, и не обнаруживавших ранее признаков психического заболевания. Предрасполагающими факторами являются: травмы головного мозга, латентно протекающая эпилепсия, сосудистое заболевание

мозга, перенесенные инфекции и интоксикации. Провоцирующими моментами могут быть сильное волнение, испуг, страх, гнев, бессонница, переутомление. Протекает патологическое опьянение с картиной сумеречного состояния или острого параноида.

Сумеречное патологическое опьянение (эпилептоидный вариант) проявляется отрешенным видом больных, которые куда-то стремятся, от кого-то убегают, проявляют агрессию — жестокую и бессмысленную. Наблюдается хорошая координация движений, сохраняется возможность действий, требующих силы, четкости, ловкости. Поэтому на окружающих они не производят впечатления опьяневших, а лишь слегка выпивших. Лица, находящиеся в таком состоянии, не доступны контакту, действуют молча или с отдельными злобными выкриками в виде команд, угроз. Кожные покровы бледные, зрачки расширены. Завершается патологическое опьянение обычно крепким сном (порой засыпают в самом неподходящем месте) или полной прострацией с вялостью и безучастностью к тому, что происходит вокруг, и убеждением, что все, что они натворили, не имеет к ним никакого отношения. Амнезия обычно бывает полной. Реже сразу после выхода из психотического состояния сохраняются отрывочные воспоминания, которые затем исчезают. Данный тип патологического опьянения чаще возникает у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы, больных эпилепсией или при эпилептоидной психопатии. Как правило, патологическое опьянение не повторяется у одного и того же больного.

Параноидное патологическое опьянение отличается внезапным, как озарение, бредовым толкованием происходящего вокруг. С ним могут быть связаны иллюзии, реже слуховые и зрительные галлюцинации. Обычно преобладает страх: считают, что окружены бандитами, террористами, что их хотят убить и т.д. Реже преобладает бред отношения или воздействия. Содержание бредовых переживаний нередко связано с ранее виденным или от кого-то услышанным и произведшим большое впечатление. Как правило, наблюдаются также некоторые изменения сознания: отдельные периоды времени или эпизоды полностью выпадают из памяти, другие, наоборот, могут запоминаться своей необычной яркостью, видением малейших деталей. Все завершается обычно не сном, а состоянием прострации.

Экспертиза опьянения осуществляется на основании клинических признаков опьянения и специальных диагностических приемов. Наиболее важными среди последних является определение содержания алкоголя в крови. В норме у здоровых непьющих людей постоянно содержится в крови до 0,02% (до 0,02 г/л) «эндогенного алкоголя» — продукта естественного метаболизма. Тяжесть опьянения зависит от концентрации в крови этанола. Распространена ориентировочная схема оценки тяжести опьянения по содержанию алкоголя в крови (измеряется в г/л — промилле):

до 0,5 — опьянения нет;

0,5—2,0 — легкая степень опьянения;

2,0—3,0 — средняя степень опьянения;

4,0—5,0 — тяжелая степень опьянения;

6,0 и выше — опьянение, опасное для жизни (смертельная степень).

Для предварительного заключения используются малоспецифичные качественные пробы обнаружения алкоголя в выдыхаемом воздухе (дуют в раствор через трубку в течение 15—20 с). Наиболее точно и надежно концентрацию этанола непосредственно в крови и моче субъекта устанавливают методом газожидкостной хроматографии.

Диагностика состояния опьянения проводится наркологами, психиатрами, неврологами, а в их отсутствие — врачами других специальностей (нередко дежурными врачами приемных покоев). Освидетельствование осуществляется по направлению органов милиции или учреждений, где работает подэкспертный. В направлении должны быть указаны фамилия, имя, отчество, дата и час выдачи направления, факты, заставившие заподозрить опьянение, и куда следует передать заключение.

32.2. Алкогольная зависимость (алкоголизм)

Алкоголизм (хронический алкоголизм, алкогольная болезнь, зависимость от алкоголя, этилизм) — хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю (психической и физической зависимостью), развитием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя и в далеко зашедших случаях — стойкими соматическими, неврологическими расстройствами и психической деградацией.

В настоящее время термин «хронический алкоголизм» исключен из использования в классификациях, вместо него в МКБ-10 введен термин «синдром зависимости».

Формированию алкоголизма как болезни обычно предшествует этап нерегулярного употребления или злоупотребления алкоголем, обозначаемый в отечественной наркологии (Бехтель Э.Е., 1986) как «*пьянство*», «*бытовое пьянство*» или «*донозологический алкоголизм*» (табл. 10). Не более 10% взрослой популяции в развитых странах относится к абсолютным трезвенникам — полностью воздерживающимся от спиртных напитков. Алкоголизм обычно развивается после нескольких лет пьянства (злокачественные формы — даже за 1—2 года). Однако у некоторых лиц многолетнее пьянство может не приводить к развитию алкоголизма. Многократное и даже довольно регулярное употребление алкоголя в дозах, вызывающих выраженное и даже сильное опьянение, само по себе не является алкоголизмом как болезнью, если не сопровождается характерными для этого заболевания признаками. В западных странах получила признание **классификация форм злоупотребления алкоголем**, предложенная Е.Джеллинеком (Jellinek E., 1960). В качестве ведущих критериев в ней рассматриваются социальные факторы, поведенческие особенности, обычаи употребления напитков и т.п. и выделено пять форм:

Таблица 10

Классификация бытового пьянства

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
1. Абстиненты	Лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах (до 100 мл вина 2–3 раза в год), что этим можно пренебречь
2. Случайно пьющие	Лица, употребляющие в среднем 50–150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
3. Ситуационное пьянство (злоупотребляющие алкоголем)	Лица, употребляющие 100–150 мл водки (до 400 мл) 1–4 раза в месяц
4. Систематически пьющие	Лица, употребляющие 200–300 мл водки (до 500 мл) 1–2 раза в неделю
5. Привычно пьющие	Лица, употребляющие 500 мл водки и более 2–3 раза в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений

- **Альфа-алкоголизм** — алкоголь используется в качестве средства для устранения отрицательных психологических явлений и неприятных соматических ощущений. Отмечается повышение толерантности при отсутствии серьезных изменений в психическом состоянии и социальном поведении. Не является заболеванием.
- **Бета-алкоголизм** — злоупотребление алкоголем связано с обычаями соответствующей социальной среды. Нет психической и физической зависимости от алкоголя.
- **Гамма-алкоголизм** — психическая и физическая зависимость от алкоголя с утратой количественного контроля, формирующаяся при злоупотреблении крепкими спиртными напитками. Форма злоупотребления периодическая. Течение прогрессирующее, выраженная социальная дезадаптация.
- **Дельта-алкоголизм** — преобладание психической зависимости при постоянной форме пьянства и сохранении контроля над употреблением спиртного (преимущественно в виде виноградных вин). Характеризуется медленным прогрессированием заболевания, с длительной сохранностью социальной адаптации.
- **Ипсилон-алкоголизм** — дипсомания в форме циклически повторяющихся запоев.

В отечественной классификации, предложенной Н.Н.Иванцом (2001), выделяются следующие **формы злоупотребления алкоголем**:

- отдельные алкогольные эксцессы;
- псевдозапой (ситуационно обусловленные, зависящие от внешних причин);
- постоянное пьянство на фоне высокой толерантности;
- перемежающееся пьянство;

Таблица 11

Классификация алкоголизма по А.А.Портнову и И.Н.Пятницкой

Стадия	Основные проявления
I – начальная, неврастеническая	Навязчивое (обсессивное) влечение к алкоголю, снижение количественного контроля, нарастание толерантности, эпизодическое или систематическое пьянство
II – средняя, наркотическая	Навязчивое влечение, абстинентный синдром, максимальная толерантность, истинные запои, изменения личности, соматические осложнения, алкогольные психозы
III – исходная, энцефалопатическая	Неудержимое (компульсивное) влечение, падение толерантности, утрата ситуационного контроля, алкогольное слабоумие

- постоянное пьянство на фоне низкой толерантности;
- истинные запои (*дипсомания*) характеризуются периодически возникающими приступами болезненного влечения к алкоголю, длящимися несколько дней, иногда недель, в течение которых спиртные напитки поглощаются в огромных количествах, и резко обрывающимися вследствие наступающего отвращения к спиртному.

В классификациях, принятых в нашей стране, ведущими являются клинические признаки зависимости и ее последствия. Базируются классификации обычно на трех принципах: *стадийность, формы злоупотребления алкоголем, прогрессивность*. Среди классификаций алкоголизма по стадиям наиболее распространенной является предложенная в 1971 г. А.А.Портновым и И.Н.Пятницкой (табл. 11). В МКБ-10 в рубрике F1х.2 «Синдром зависимости» соответствующим знаком обозначаются начальная, средняя, конечная стадии зависимости.

Основные клинические признаки I (начальной) стадии алкоголизма

1. *Патологическое влечение к алкоголю* (его часто называют «первичным») и *синдром психической зависимости* являются главными среди начальных признаков. Алкоголь становится средством, необходимым для того, чтобы поднять настроение, чувствовать себя уверенно и свободно, забыть о неприятностях и невзгодах, облегчить контакты с окружающими, эмоционально разрядиться. Актуализация первичного влечения к алкоголю является причиной формирования *психической зависимости*, которая первоначально может носить навязчивый («*обсессивный*») характер, обнаруживая элементы борьбы мотивов – «пить или не пить». В дальнейшем психическая зависимость все больше приобретает *сверхценный характер*. Употребление алкогольных напитков становится главным интересом в жизни: все помыслы сосредоточиваются на выпивках, придумываются поводы, изыскиваются компании, всякое событие рассматривается, прежде всего как причина для выпивки. Ради этого забрасываются другие дела, развлечения, хобби, не сулящие за-

столий, знакомства. На спиртное тратятся деньги, предназначенные на самое необходимое. Характерны эмоциональные реакции, связанные с алкоголизацией: эйфория при мыслях об употреблении спиртного и в преддверии выпивки и дистимия при невозможности алкоголизации.

2. **Синдром измененной реактивности к алкоголю** включает несколько признаков. *Рост толерантности к алкоголю*: для достижения опьянения требуется повышение принимаемых доз алкоголя, так как прежние дозы не вызывают эйфории. Уже на I стадии для опьянения требуется доза в 2–3 раза большая по сравнению с первоначальной. Однако после длительного перерыва в выпивках толерантность может падать. В подростковом и юношеском возрасте она может расти без алкоголизма за счет физического развития, увеличения массы тела. Наиболее точная оценка толерантности может быть сделана по минимальному содержанию алкоголя в крови, когда очевидны первые признаки опьянения. В США толерантность считается повышенной, если нет клинических признаков опьянения при концентрации алкоголя в крови 1,5 г/л.

Угасание защитного рвотного рефлекса (при повышении концентрации алкоголя в крови возникает рвота, в результате которой из желудка удаляется часть алкоголя) свидетельствует о привыкании к большим дозам вследствие происходящих в организме изменений на уровне метаболизма. Однако у 5–10% людей этот рефлекс может изначально отсутствовать. Тогда очень рано появляется *утрата количественного контроля* над приемом алкоголя и исчезает чувство насыщения алкоголем. Изредка, например, при эпилептоидных психопатиях и акцентуациях характера, встречается изначально отсутствие количественного контроля: с первых опьянений возникает неудержимое желание напиваться «до отключения». Принимаемые большие дозы алкоголя вызывают беспробудный сон, а также состояние сопора или комы вследствие передозировки. Утрата количественного контроля может быть вызвана формированием так называемого *вторичного влечения к алкоголю*, которое проявляется усилением в опьянении патологического влечения к алкоголю. Начав пить, люди не могут остановиться и напиваются до тяжелого опьянения. Тяжелые степени опьянения приводят к возникновению парциальных амнестических форм опьянения, так называемых *блекаутов (палимпсестов)**. Из памяти выпадают отдельные события и поведение в период опьянения, во время которых сохранялась способность действовать и говорить и даже не производить на других впечатление сильно опьяневшего. Этот феномен чаще появляется у тех, кто перенес черепно-мозговую травму или болен эпилепсией, а также при эпилептоидной психопатии и акцентуации характера.

3. **Изменение картины опьянения** выражается в постепенном уменьшении этапа эйфории в состоянии алкогольной интоксикации и появлении атипичных форм опьянения с двигательным беспокойством,

* Blackout (англ.) — временное затемнение; palimpseston biblion (древнегреч.) — рукопись на пергаменте на месте прежнего стертого или соскобленного текста.

агрессивностью или психомоторной заторможенностью, а также учащении и утяжелении амнестических форм опьянения.

4. **Изменение формы употребления спиртных напитков** с переходом от эпизодического пьянства к регулярному употреблению алкоголя. Наиболее часто это выражается в виде алкогольных эксцессов продолжительностью 1–2 дня с последующей астенией и перерывами в алкоголизации на несколько дней или в виде ежедневного приема небольших доз алкоголя.

5. **Алкогольные изменения личности и ослабление ситуационного контроля.** Наблюдается заострение преморбидных личностных черт вначале в состоянии алкогольного опьянения, а затем и вне связи с ним, затрудняющее в некоторой степени социальную адаптацию. Появляются первые признаки морально-этического снижения личности. В частности, повышение сексуальной активности на I стадии и пренебрежение моральными ограничениями приводит к случайным половым связям. Проявлением *ослабления ситуационного контроля* служит отсутствие адекватной оценки ситуации, связанной с пьянством и его последствиями, например, когда появление в нетрезвом виде грозит серьезными неприятностями. Подростки и молодежь часто пренебрегают ситуацией из-за бравады, желая обратить на себя внимание.

Кроме патологического влечения и психической зависимости, остальные признаки являются менее постоянными и поэтому менее надежны для диагностики алкоголизма. Вместе с тем признаки измененной реактивности свидетельствуют о формировании начальных проявлений физической зависимости, связанной с изменением метаболизма алкоголя в организме, которые нарастают по мере прогрессивности алкоголизма.

Основные клинические признаки II (развернутой) стадии алкоголизма

1. **Первичное патологическое влечение к алкоголю** становится все более интенсивным, сравнимым с такими витальными потребностями, как голод или жажда. Проявляется оно чаще по типу *компульсивного* (неодолимого) желания принять алкоголь, который делается насущной потребностью. Его отсутствие вызывает болезненные расстройства.

2. **Синдром измененной реактивности** проявляется дальнейшим ростом толерантности (в 5–6 раз), достигающей индивидуального максимума для конкретного больного. Как правило, имеет место утрата количественного контроля. Нередко отмечается «критическая» доза алкоголя, после которой дальнейший контроль за количеством выпитого становится невозможным. Часто отмечается переход к употреблению более крепких, низкосортных напитков. Максимальная толерантность держится на этом уровне в течение нескольких лет — *плато толерантности*.

3. **Изменение картины опьянения** выражается в учащении измененных форм опьянения по типу дисфорических, истерических, дистими-

ческих, апатических и др. Эйфория в состоянии опьянения становится все короче и слабее. Ее заменяют раздражительность, взрывчатость, недовольство, склонность к скандалам и агрессии. Усиление вторичного влечения к алкоголю, еще более глубокая утрата количественного контроля приводят к частым тяжелым (сопоровым) степеням опьянения с последующей амнезией (*амнестические формы опьянения*).

4. Формирование алкогольного абстинентного синдрома (физической зависимости). Абстиненцией называется болезненное состояние, возникающее вследствие прекращения поступления в организм привычной дозы алкоголя — синдром «лишения алкоголя» (ВОЗ, 1955). В отечественной литературе алкогольный абстинентный синдром (похмельный синдром) был описан С.Г.Жислиным в 1929 г. и был назван им «перекрестным пунктом алкогольной патологии». Появление абстинентного синдрома служит признаком окончательного формирования алкогольной болезни, так как имеет место заверченный большой наркоманический синдром (см. выше). Физическая зависимость выражается в том, что все нарушения, возникающие во время абстиненции, на время устраняются или смягчаются приемом спиртных напитков. Абстиненция проявляется психическими, неврологическими и соматическими расстройствами.

Психические проявления абстинентного синдрома могут исчерпываться в легких случаях астенией с раздражительностью, беспричинной тревогой, разнообразными опасениями, к которым присоединяются бессонница, беспокойный сон с кошмарными сновидениями. В зависимости от особенностей преморбиды могут иметь место дисфория, истерические формы поведения с демонстративными суицидными попытками, депрессии с истинными суицидными намерениями, паранойяльные идеи ревности, преследования, отношения. В случаях тяжелой абстиненции могут развиваться алкогольные (металкогольные) психозы: делирий («белая горячка»), галлюциноз, параноид.

Соматические расстройства выражаются общим физическим дискомфортом, жалобами на головную боль, сердцебиение, другими неприятными ощущениями в области сердца. Артериальное давление нередко повышено, иногда значительно. Характерны вегетативные симптомы: игра вазомоторов, одутловатость лица, инъектирование склер, чередование озноба и проливного пота, сухость во рту, жажда и утрата аппетита. Могут возникать тошнота и рвота, не связанные непосредственно с приемом алкоголя, а появляющиеся через несколько часов после алкогольного эксцесса, другие диспептические расстройства.

Неврологические проявления характеризуются в легких случаях крупноразмахистым тремором пальцев рук, в тяжелых — тремором всего тела, дизартрией вследствие тремора языка, элементами атаксии, проявляющимися при ходьбе и регистрируемыми в позе Ромберга, иногда развернутыми или abortивными судорожными припадками («алкогольная эпилепсия»).

Абстиненция начинается через 12–24 ч после выпивки. Продолжительность ее в зависимости от тяжести от 1–2 сут. до 1–2 нед. При интенсивном лечении, направленном на ликвидацию основных звеньев патогенеза, она завершается быстро и протекает легче.

5. Изменение формы употребления алкоголя связано с необходимостью «купировать» абстинентные явления с помощью опохмеления. Обычно это находит отражение в формировании псевдозапойного, «перемежающегося» или постоянного типа злоупотребления алкоголем. *Псевдозапой* (ложные запои) обычно длятся от нескольких дней до недели, реже дольше. Начало и конец алкогольных эксцессов обычно связаны с социально-психологическими факторами (значимое событие, конец рабочей недели, получение денег и др.). Причинами прерывания обычно становятся активное противодействие продолжению пьянства со стороны окружения (дисциплинарные меры, семейные и иные конфликты и т.д.) или отсутствие средств для приобретения спиртных напитков. При этом желание и физиологическая возможность продолжения выпивки сохраняются. При постоянном злоупотреблении (*постоянный тип пьянства на фоне высокой толерантности*) почти каждый день, преимущественно во второй половине дня или вечером, больные выпивают большие дозы алкоголя, а по утрам «похмеляются» с помощью небольших доз крепких напитков или пивом и другими слабоалкогольными напитками, чтобы избежать абстиненции. *Перемежающееся пьянство* сочетает длительное постоянное употребление небольших доз алкоголя и на этом фоне эпизоды более массивной алкоголизации, продолжительностью до нескольких дней.

6. Изменения личности нарастают именно на II стадии. Отмечается заострение и огрубение черт характера: гипертимы делают более эйфоричными, неразборчивыми в знакомствах, склонными к нарушениям правил и законов, к риску, безалаберному образу жизни, шизоиды становятся еще более замкнутыми, эпилептоиды — эксплозивными и склонными к дисфориям, у истероидов усиливаются присущие им демонстративность и театральность. Более очевидной становится *потеря ситуационного контроля* — пьют с кем попало и где попало. При отсутствии спиртных напитков прибегают к суррогатам — различным спиртосодержащим жидкостям (незамерзающие жидкости для мытья стекол автомобиля, аптечные настойки и т.п.).

7. Соматические осложнения алкоголизма могут появляться на стадии развернутого алкоголизма. Особенно характерны алкогольная *жировая дистрофия печени* и *хронический алкогольный гепатит*. Нередко печень выступает из-под реберной дуги, болезненна при пальпации. Могут нарушаться функциональные печеночные пробы (особенно чувствительна бромсульфофталеиновая), которые могут служить косвенным признаком алкогольной болезни. Поражение печени грозит перейти в дальнейшем в алкогольный цирроз. Другим нередким осложнением является алкогольная *кардиомиопатия* (тахикардия, расширение границ сердца, приглушение сердечных тонов, одышка при физических

нагрузках). Встречаются алкогольные панкреатиты, как острые, так и хронические, а также алкогольные гастриты. Алкоголизм способствует развитию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

8. **Сексуальные нарушения** в виде ослабления потенции у мужчин (ослабление эрекции, появление преждевременной эякуляции) сменяют повышенное половое влечение, отмечавшееся на начальной стадии алкоголизма. На фоне снижения половой потенции нередко наблюдается усиление чувства ревности к супругам и сожительницам. У женщин, напротив, отмечается сексуальная расторможенность с беспорядочными связями без учета возможных последствий.

Основные клинические признаки III (конечной) стадии алкоголизма

1. **Первичное патологическое влечение к алкоголю** тесно связано с физической зависимостью. В большинстве случаев влечение носит *непреодолимый (компульсивный) характер* и сопровождается полной утратой ситуационного контроля (желание выпить перекрывает все возможные внешние ограничения — служебные и семейные обязанности, отсутствие денежных средств и др.). У некоторых больных патологическое влечение может снижаться (Альтшулер В.Б., 1999), так как эйфоризирующий эффект алкоголя полностью отсутствует, и алкоголь является лишь средством смягчения абстинентных явлений.

2. **Синдром измененной реактивности к алкоголю** проявляется *снижением толерантности к алкоголю* и является главным признаком III стадии. Вначале уменьшается разовая доза — опьянение наступает от малых доз алкоголя, но при этом суточное употребление остается прежним за счет многократного приема. Затем снижается и суточное потребление алкоголя (на 50% и более), больные переходят от крепких напитков к слабым, обычно к дешевым винам, суррогатам алкоголя. Существенным диагностическим признаком может служить *появление рвоты после приема алкоголя*, что связано с присоединением тяжелой соматической патологии (алкогольная дистрофия печени, хронический панкреатит, другие заболевания желудочно-кишечного тракта).

3. **Изменение картины опьянения** характеризуется *отсутствием эйфории* и *уменьшением явлений расторможенности и агрессивности*, имевших место ранее. В состоянии опьянения больные часто становятся вялыми, заторможенными, относительно невысокие дозы принятого алкоголя вызывают состояние оглушения и soporозные явления. Отмечается амнезия значительного периода опьянения.

4. **Абстинентный синдром** возникает после приема небольших доз алкоголя. В структуре его преобладают не психические (тревога, страх, депрессия), а соматовегетативные и неврологические нарушения. Во время абстиненции могут развиваться делирий или судорожные припадки.

5. **Изменение формы употребления алкоголя** обычно выражается в виде *постоянного (систематического) пьянства на фоне сниженной толерантности* или *запойного пьянства*. Последнее носит характер *истинных запоев*, в основе которых лежит первичное влечение к алкоголю. Пато-

логическое влечение актуализируется в начале запоя, в конце запоя у больных отмечается отвращение к алкоголю, что служит причиной прерывания запоя и становления спонтанной ремиссии. Причиной срыва подобной ремиссии, помимо внешних провоцирующих факторов, могут быть *«псевдоабстиненции»* — состояния со многими признаками абстинентного синдрома (мышечный тремор, потливость и ознобы, бессонница, тревога и депрессия), возникающие после длительного (недели, месяцы) воздержания от алкоголя. Во время них влечение к алкоголю снова становится неодолимым. Толчком для развития псевдоабстиненции могут быть острые соматические или инфекционные заболевания, реже — эмоциональные стрессы. Иногда псевдоабстиненции возникают периодически без видимых причин.

6. *Алкогольная деградация личности* проявляется сглаживанием прежних заостренных характерологических черт и *нарастанием личностных изменений по алкогольно-психопатоподобному типу*. Утрачиваются высшие эмоции и привязанности, круг интересов ограничивается. Больные становятся безразличными к близким, пренебрегают самыми элементарными моральными и этическими принципами, правилами общежития. Некритически относятся к своему поведению. Благодушие и эйфоричность, сочетающиеся с грубым цинизмом, плоским «алкогольным» юмором («юмор висельника»), чередуются с дисфориями и агрессивностью. В тяжелых случаях развиваются *психоорганические нарушения*: ухудшается память, затрудняется переключение внимания, снижается интеллект (алкогольная деменция). Нарастает пассивность, вялость. Больные ко всему, кроме выпивки, становятся совершенно безразличными. Имеет место грубая социальная дезадаптация: больные теряют свой прежний профессиональный и семейный статус, ведут паразитический образ жизни.

7. *Возникновение острых, затяжных и хронических металкогольных психозов* (см. главу 33).

8. *Соматические последствия* на завершающей стадии бывают тяжелыми. Чаше это циррозы печени и выраженные кардиомиопатии. Алкогольные полиневропатии («алкогольные полиневриты») проявляются жалобами на боли и неприятные ощущения в конечностях — онемение, парестезии, судорожные сведения. У больных нарушается походка. Могут быть парезы, атрофируются мышцы. Статистические данные о смертности российских мужчин трудоспособного возраста свидетельствуют о том, что почти половина из них гибнет из-за употребления алкоголя. Причем особенно смертоносным фактором является употребление суррогатных спиртных «напитков» — одеколона, антисептических средств и спиртовых лекарственных настоек. Алкогольные висцеропатии, токсические проявления чаще наступают раньше, чем зависимость.

Типы течения алкоголизма

Алкоголизм является *прогредиентным* заболеванием. Прогредиентность отражает темп развития признаков алкогольной зависимости. Степень

прогредиентности может быть различной: от медленно прогрессирующих до злокачественно-прогредиентных. От прогредиентности зависит продолжительность стадий алкоголизма. У подавляющего большинства больных I стадия становится очевидной после 5–10 лет пьянства, а у 10% — через 15 лет и более. Продолжительность I стадии в среднем составляет 3–5 лет. В настоящее время в качестве критериев прогредиентности используют сроки формирования алкогольного абстинентного синдрома от начала злоупотребления алкоголем и особенности формирования ремиссий. *Злокачественный (молниеносный) алкоголизм* отличается резким сокращением всех упомянутых сроков. За 1–2 года пьянства появляются признаки I стадии, еще через год-другой наступает II стадия. Течение безремиссионное, отмечаются длительные запои с короткими перерывами или постоянное пьянство с высокой толерантностью (до 1 л водки в день). Быстро нарастает алкогольная деградация личности с выраженной социальной дезадаптацией. Нередки разнообразные осложнения, особенно алкогольные психозы. Злокачественное течение встречается у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции и нейроинтоксикации (например, злоупотребление ингалянтами), при эпилептоидных психопатиях и при конституциональной интолерантности к алкоголю.

Противоположностью злокачественному течению является *медленный тип течения*: абстинентный синдром формируется после 10–15 лет и более злоупотребления алкоголем. Отмечаются спонтанные ремиссии и длительные терапевтические ремиссии. Тип пьянства — кратковременные запои с длительными промежутками трезвости или постоянное пьянство на фоне умеренно повышенной толерантности. Выраженных изменений личности по алкогольному типу не обнаруживается, дезадаптация не наступает.

По типу течения алкоголизма в зависимости от характера ремиссии выделяют (А.Г.Гофман и др.):

1. *Безремиссионное течение* — спонтанные ремиссии или не возникают, или они очень непродолжительны (не более 3–7 дней), терапевтические ремиссии не превышают 3–6 мес., с тенденцией к укорачиванию при неоднократном лечении.

2. *Ремиттирующее течение* — имеют место спонтанные ремиссии длительностью от 3 мес. до года, терапевтические ремиссии продолжаются более года.

3. *Интермиттирующее течение* — возникают длительные спонтанные ремиссии продолжительностью более 3 лет, во время которых отсутствует патологическое влечение к алкоголю, восстанавливаются трудоспособность и социальный статус.

Диагностика алкоголизма

Диагностические трудности может представить дифференцирование I стадии алкоголизма и пьянства без зависимости от алкоголя. Диагноз основывается на сведениях, получаемых от самого пациента и

его окружения. Обследуемые часто бывают склонны сознательно или бессознательно диссимулировать признаки влечения и зависимости и преуменьшать степень пьянства. Сведения от близких или с места работы также не всегда достоверны: иногда алкоголизация преуменьшается, иногда преувеличивается.

Картина абстинентного синдрома служит убедительным признаком II стадии. Диагностика III стадии строится на очевидных признаках алкогольной деградации и снижении толерантности к алкоголю.

Лабораторные методы диагностики алкоголизма пока не разработаны. Предлагаемые методы (повышение активности в крови ферментов — гамма-глутамилтранспептидазы, аспартат- и аланинаминотрансферазы, каталазы и др., увеличение объема эритроцитов) оказались неспецифичными и нередко дают положительный результат только на II стадии алкоголизма. Разработан метод радиоизотопной гепатографии, констатирующий повреждение печени вследствие хронической алкогольной интоксикации.

Прогноз

При сформировавшемся алкоголизме с физической зависимостью прогноз малоблагоприятен. После лечения ремиссии длительностью более одного года составляют 50–60%. Эффект значительно выше лишь у тех, кто активно хочет излечиться. Именно поэтому некоторые модные целители, широко пропагандируемые средствами массовой информации или распускаемой о них молвой, сообщают о поразительных результатах — о 90–100% вылеченных. К ним тянутся и они сами отбирают тех, кто стремится к излечению. Эффект лечения на I стадии выше, чем на II стадии. Но своевременному лечению на I стадии препятствует алкогольная анозогнозия — больные не считают себя алкоголиками и уверены, что если они захотят, то сами в любой момент бросят пить.

Продолжительность жизни у больных алкоголизмом в среднем на 15 лет короче, чем в общей популяции. Они умирают от тяжелых травм, полученных в нетрезвом состоянии, высок уровень суицидов. Среди соматических заболеваний смертность наиболее велика от сердечной недостаточности, гипертонической болезни, инсультов и цирроза печени.

Частота правонарушений среди больных алкоголизмом также значительно выше, чем в общей популяции. Это относится как к агрессивным, так и к имущественным правонарушениям, особенно при паразитическом образе жизни.

32.3. Особенности алкоголизма в зависимости от пола и возраста

32.3.1. Алкоголизм у женщин

Главной особенностью алкоголизма у женщин в современном обществе является неуклонный рост его распространенности, опережаю-

ший рост алкоголизма у мужчин. Если раньше соотношение больных алкоголизмом мужчин и женщин было приблизительно 12:1, то в последние годы этот показатель находится в пределах 5:1 и даже, по некоторым данным, 3:1. Другая особенность алкоголизма у женщин — его более тяжелые личностно-психологические (нравственно-этические) и социальные последствия. Социальная дезадаптация сказывается как на карьере, так и, особенно, на семейном статусе, возможности выполнения материнских обязанностей. Клинические проявления женского алкоголизма отличаются от проявлений алкоголизма у мужчин в меньшей степени.

Среди особенностей формирования и течения алкоголизма у женщин выделяют:

- более высокую наследственную (семейную) отягощенность алкоголизмом (до 76%) и другими психическими заболеваниями;
- более поздний возраст начала заболевания (в среднем на 6—9 лет);
- стертость стадий алкоголизма, трудность выявления которых связана, помимо прочих причин, с выраженной тенденцией у женщин к диссимуляции пьянства и связанных с ним симптомов алкогольной зависимости;
- преобладание в структуре синдрома первичного влечения к алкоголю эмоциональной составляющей, достигающей степени витальности и проявляющейся в виде импульсивных форм;
- большой удельный вес аффективной патологии (депрессивного и дисфорического спектра) в клинической картине основных алкогольных синдромов, прежде всего — абстинентном синдроме.

32.3.2. Алкоголизм с началом в пожилом возрасте

Алкоголизм, дебютирующий в пожилом возрасте, характеризуется относительно благоприятным (малопрогредиентным) типом течения. Это связано прежде всего с низкой интенсивностью первичного патологического влечения к алкоголю и невысокой толерантностью. Однако у больных алкоголизмом в пожилом возрасте рано появляются соматические осложнения, связанные с предшествующей соматической патологией, что приводит к ускорению старения. Постинтоксикационные и абстинентные состояния утяжеляются, в них присутствует «органическая окраска» (Лукомский И.И., 1971). Это могут быть выраженные соматовегетативные расстройства, мнестические нарушения, аффективная лабильность в опьянении, сочетающая слезливость и эксплозивность. В структуре основных синдромов алкоголизма выражены также другие аффективные проявления: тревога, депрессия, часто наблюдаются ипохондрические расстройства. Несмотря на представленность в клинической картине разнообразных нарушений, у больных алкоголизмом, начавшимся в пожилом возрасте, признаки нравственно-этического снижения нарастают очень медленно (Альтшуллер В.Б., 1999).

32.3.3. Формирование и течение алкоголизма в подростковом возрасте

Существует мнение, что алкоголизм, начинающийся в подростковом или юношеском возрасте, всегда протекает злокачественно вследствие быстрого формирования алкогольной деградации личности с эмоционально-волевыми и интеллектуально-мнестическими расстройствами (вплоть до слабоумия) и нарушения социальной адаптации (Баба-ян Э.А., Гонопольский М.Х., 1987). Однако известен и тот факт, что после прекращения употребления спиртных напитков имеющиеся основные синдромы алкоголизма, включая интеллектуально-мнестические расстройства, способны подвергаться частичному или полному обратному развитию (Ковалев В.В., 1995). В среднем, признаки зависимости появляются только после 3—5 лет пьянства.

Факторами риска злокачественного течения алкоголизма у подростков, по данным различных авторов, являются:

- генетическая предрасположенность (наследственная отягощенность);
- органическое поражение головного мозга (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и др.);
- психопатические черты (преимущественно неустойчивого или эпилептоидного типа);
- социальные факторы (неблагополучная семья, педагогическая запущенность, влияние окружения с антисоциальным поведением и др.).

Особенности подростково-юношеского алкоголизма

1. Типичным для современного подросткового алкоголизма является начало с приема легких спиртных напитков, прежде всего пива. Термин «пивной алкоголизм», с точки зрения наркологов, не имеет права на существование, тем не менее злоупотребление пивом наблюдается достаточно часто, что связано с его относительной доступностью. К пиву вскоре начинают добавлять крепкие напитки, а также используют пиво для утреннего опохмеления, тем самым форсируя формирование синдрома зависимости от алкоголя. Помимо пива широкое распространение в молодежной среде получили слабоалкогольные коктейли — «баночный алкоголизм».

2. Среднесуточное количество употребляемых легких алкогольных напитков в пересчете на чистый этанол превышает таковое у злоупотребляющих крепкими напитками. Это может способствовать быстрому переходу аддиктивного поведения в алкоголизм или иной вид зависимости (при сочетанном употреблении алкоголя и наркотиков).

3. Подростки, злоупотребляющие именно легкими спиртными напитками, в большинстве случаев имеют опыт употребления «легких» наркотиков или других ПАВ.

4. С самого начала имеет место анозогнозия. Патологическое влечение к алкоголю не встречает никакого внутреннего сопротивления

(отсутствует борьба мотиваций) и полностью подчиняет себе поведение подростка. Многодневное пьянство наблюдается еще до развития абстинентного синдрома.

5. Отсутствует с самого начала злоупотребления алкоголем количественный и ситуационный контроль — пьют из-за бравады «до отключения». В связи с этим частыми являются тяжелые алкогольные интоксикации.

6. На фоне нарастающей толерантности нередко наблюдаются атипичные формы опьянения с палимпсестами.

7. Алкогольный абстинентный синдром, характеризующийся преобладанием психических расстройств (астенических, депрессивных, дисфорических) над соматоневрологическими, отличается кратковременностью, но иногда может быть затяжным.

8. Отсутствуют отчетливые переходы одной стадии алкоголизма в другую. Изменения личности с заметными интеллектуально-мнестическими нарушениями могут опережать появление признаков похмельного синдрома.

9. Среди злоупотребляющих алкоголем подростков доминируют гипертимные, истероидные и эпилептиоидные личности, особенности характера которых позволяют им занимать лидирующие позиции в группе и вовлекать в употребление алкоголя и других ПАВ своих ровесников.

10. Стираются половые различия в особенностях алкоголизма между юношами и девушками. Число юношей среди злоупотребляющих легкими спиртными напитками снижается, а девушек — увеличивается, что свидетельствует о вероятности роста женского алкоголизма в будущем.

32.4. Вторичный (симптоматический) алкоголизм

Этим термином обычно обозначается алкоголизм, развивающийся на фоне других психических заболеваний или психических расстройств — «вторичный алкоголизм» (Джеллинек Е., 1960; Лукомский И.И., 1971). Вторичный алкоголизм делится на *вторичный истинный алкоголизм*, возникающий на фоне первоначальной психической патологии и приобретающий затем самостоятельное течение, и *вторичный симптоматический алкоголизм*, проявления которого тесно связаны с основным психическим заболеванием (расстройством).

Сочетание алкоголизма с шизофренией, по данным различных авторов, встречается в 10–20% случаев. К признакам, характерным для алкоголизма у больных шизофренией, относятся:

- атипичные формы опьянения с импульсивными нелепыми поступками, дурашливым гебефреническим возбуждением, депрессивным или дисфорическим фоном настроения, бредовой настроенностью;
- стертость основной алкогольной симптоматики, прежде всего первичного патологического влечения к алкоголю и абстинентного синдрома;

- более быстрое развитие деградации личности и социальной дезадаптации;
- малая курабельность алкоголизма и крайняя неустойчивость терапевтических ремиссий;
- возможность спонтанных длительных ремиссий, совпадающих с обострением продуктивных шизофренических расстройств, например галлюцинаторно-бредовых, или нарастанием негативных (дефицитарных) расстройств.

Алкоголизм, в свою очередь, способен оказывать влияние на возникновение и течение шизофренического процесса. Само алкогольное опьянение, особенно в подростковом и юношеском возрасте, может выступать в качестве провоцирующего фактора в дебюте шизофрении. Патопластическое действие алкоголизма на клиническую картину шизофрении выражается в усилении продуктивных симптомов, например, при параноидной форме усиливается слуховой вербальный галлюциноз и могут появиться мучительные сенестопатии, возникновение нетипичных для шизофрении психопатологических проявлений (зрительные галлюцинации, делириозные расстройства сознания). Присоединение алкоголизма способствует более ранней инвалидизации и социальной дезадаптации больных шизофренией. Очень высок у больных шизофренией, осложненной алкоголизмом, процент суицидов или суицидальных тенденций (по данным различных авторов, около 50% больных).

При *маниакально-депрессивном психозе* алкоголизм присоединяется относительно редко. Периоды злоупотребления алкоголем могут совпадать как с маниакальной, так и депрессивной фазой. В период светлых промежутков (интермиссий) больные могут воздерживаться от алкоголя или употреблять спиртные напитки в умеренных дозах при сохранении количественного контроля. Периодический тип течения алкоголизма в виде истинных запоев предположительно связывается с циклотимией. Однако может наблюдаться при аффективной патологии и вторичный истинный алкоголизм, когда все симптомы зависимости сохраняются и между аффективными фазами.

При *эпилепсии* пьянство довольно быстро переходит в алкоголизм и чаще протекает по периодическому типу — с истинными и ложными запоями. Толерантность, как правило, невысокая. Лишь при дисфориях, которые больные пытаются купировать с помощью алкоголя, она может достигать до 1,5 л водки в сутки, пьянство носит при этом характер истинных запоев. Алкоголизм в случае сочетания с эпилепсией оказывает негативное влияние на ее течение:

- после начала злоупотребления алкоголем учащаются эпилептические припадки;
- возможно возникновение серии припадков и эпилептического статуса;
- учащаются дисфории и возможно возникновение сумеречных состояний сознания;

- быстро нарастающая деградация личности сочетает черты эпилептической деменции и алкогольной деградации. Характерны дисфорические опьянения и раннее появление блекаутов (палимпсестов). После запоев резко учащаются припадки, могут возникнуть сумеречные состояния, развиваться эпилептический статус.

Сочетание алкоголизма с травматической энцефалопатией встречается часто. Развитие алкоголизма нередко бывает злокачественным. В отличие от эндогенных психических заболеваний (шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии), когда вторичный алкоголизм чаще бывает симптоматическим, при органических заболеваниях головного мозга развивается вторичный истинный алкоголизм. К особенностям течения алкоголизма у больных с травматической энцефалопатией относят:

- низкую толерантность к алкоголю;
- измененные формы опьянения (чаще по эксплозивному или дисфорическому типу);
- рано возникающие и частые амнестические формы опьянения;
- быстрое формирование основных стадий алкоголизма;
- выраженные изменения личности по алкогольному типу, к которым присоединяются астенические, эмоционально-волевые и интеллектуально-мнестические расстройства.

Глава 33.

АЛКОГОЛЬНЫЕ (МЕТАЛКОГОЛЬНЫЕ) ПСИХОЗЫ

Эти психозы возникают не как прямое следствие хронического отравления алкоголем, а как результат нарушений метаболизма, вызванных хронической алкогольной интоксикацией и поражением внутренних органов. Психозы чаще всего развиваются на III стадии, но встречаются и на II стадии. Считается, что психозами заболевают около 10% больных алкоголизмом. Алкогольные психозы представляют собой острые, затяжные и хронические расстройства психической деятельности. Классификация металкогольных психозов приведена в таблице 12. По данным ВОЗ, острые алкогольные психозы возникают примерно у 10% больных алкоголизмом, $\frac{3}{4}$ из них приходится на алкогольный делирий, алкогольные галлюцинозы и бредовые психозы встречаются гораздо реже.

33.1. Алкогольный делирий (delirium tremens)

В отечественной литературе алкогольный делирий называют белой горячкой. Белая горячка была впервые описана П.А.Чаруковским (1828) в публикации «Горячка от пьянства», а несколько позднее, в 1834 г., ее описал немецкий психиатр Х.Витт. Название «белая горячка» связано с длительным употреблением белого вина (40% водки) и подъемом у больного температуры тела, иногда до 40–41°C. В большинстве случаев делирий начинается не на высоте пьянства или запоя, а через 2–4 дня после прерывания пьянства — на фоне развертывающегося синдрома абстиненции. Поэтому в зарубежной психиатрии, а также в МКБ-10 используется обозначение «синдром воздержания с делирием». Однако делирий может возникнуть и на высоте запоя. Предрасполагающими факторами являются: физическое истощение, связанное, в том числе, с острыми или хроническими соматическими или инфекционными заболеваниями, перенесенными травмами, хирургическими операциями. До развертывания клинической картины типичного делирия в течение нескольких часов могут наблюдаться предвестники делирия (предделириозное состояние). Обычно в вечернее время тревожно-подавленное

Таблица 12

Классификация алкогольных психозов

Основные формы	Клинические варианты
Делирий	Классический делирий (типичный вариант) Редуцированный делирий (гипнагогический и абортивный) Тяжелый делирий (профессиональный и мусситирующий) Атипичный делирий (фантастический и с психическими автоматизмами)
Галлюцинозы	Острый галлюциноз Подострый (протрагированный) галлюциноз Хронический галлюциноз
Бредовые психозы	Острый параноид (бред преследования) Затяжной параноид Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя)
Энцефалопатии	Острая энцефалопатия Гайе–Вернике Корсаковский психоз Алкогольный псевдопаралич

настроение, свойственное абстиненции, сменяется изменчивостью аффекта: угнетение чередуется с эйфорией, тревога — с апатией. Вздурораженность, непоседливость, суетливость сочетаются с нарушением засыпания. Отсутствие сна сопровождается наплывом ярких представлений и воспоминаний. Появляются иллюзии: висающая одежда принимается за человека, в узорах и пятнах видятся чьи-то лица (парейдолические иллюзии). Ориентировка в окружающем на данном этапе сохранена, больной может отрицать обманы восприятия. Однако усиление внушаемости на фоне тревоги и страха способствует легкости их возникновения. Заставляя больного на что-либо пристально смотреть или надавливая на веки закрытых глаз (симптом Липманна), можно словесным внушением вызвать у него видения. Бессонница становится стойкой, нарастают беспокойство, тревога и страх и появляется главный симптом делирия — истинные зрительные галлюцинации. Обычно видят то, что вызывало когда-то отвращение или страх: полчища насекомых, крыс, мышей, змей, отвратительных чудовищ, а также бандитов, террористов, грозящих оружием, расправой. Зрительные образы чаще множественные, подвижные, часто калейдоскопически изменяющиеся в размерах, количестве, то приближающиеся, то удаляющиеся. Могут быть в виде сценподобных сюжетов, отражающих как реалистические ситуации (застолье, нападение недругов, в том числе бывших собутельников), так и фантастические переживания (прилетают инопланетяне на летающих тарелках). Истинные галлюцинации могут быть комплексными. К зрительным галлюцинациям присоединяются тематически связанные слуховые галлюцинации: слышатся крики, угрозы, шипение змей, звуки лязгающего оружия. Могут быть обонятельные и

тактильные галлюцинации. Типичным является ощущение инородного тела во рту (волосы, проволока), которое пытаются выплюнуть или вытащить пальцами. Поведение больного, его аффективные реакции и возможный чувственный (образный) бред соответствуют содержанию галлюцинаций: к чему-то присматривается, прислушивается, заглядывает под стол, что-то ловит. Может броситься бежать, спасаясь от кого-то, при этом выпрыгнуть из окна, попасть под транспорт, может на кого-то внезапно напасть сам, защищаясь от мнимых врагов. Ему кажется, что с ним хотят расправиться, жестоко казнить. Ориентировка в месте и времени, а также окружающих лицах нарушена при сохранности ориентировки в собственной личности. Речь обычно состоит из отрывочных эмоциональных высказываний, связанных с галлюцинаторными и бредовыми переживаниями. Усиление психотических проявлений наблюдается обычно в вечернее и ночное время, днем галлюцинации могут отсутствовать. Но вследствие повышенной внушаемости больных и готовности к возникновению обманов восприятия у них можно вызвать чтение текста и рассматривание рисунков на чистом листе бумаги (симптом Рейхардта) или «беседу» по отключенному телефону (симптом Ашаффенбурга).

Делирий сопровождается разнообразными неврологическими и соматическими симптомами. Имеет место грубый общий тремор, напоминающий озноб, включая тремор рук, губ и языка с нарушением артикуляции, с чем связано латинское название синдрома — «*delirium tremens*». Среди других симптомов наблюдаются атаксия, гиперрефлексия, в 5% случаев отмечаются эпилептиформные припадки. Лицо одутловато, чаще всего гиперемировано, склеры желтушны, язык сухой, обложен массивным налетом. Выдыхаемый воздух и тело больного имеют специфический неприятный запах. Отмечаются одышка, тахикардия с резкими колебаниями АД. Печень, как правило, увеличена. Температура тела повышена чаще до субфебрильной, но иногда может достигать 38–39°C. Характерна олигурия, на фоне которой наблюдаются уробилинурия и альбуминурия. Постепенно нарастают обезвоживание организма, ацидоз, азотемия. Отмечаются лейкоцитоз и повышение СОЭ.

В целом клиническая картина алкогольного делирия чрезвычайно вариабельна и динамична, с быстрой сменяемостью различных синдромов. Длительность типичного (классического) делирия составляет от 2 до 5 сут. Выздоровление часто наступает после глубокого продолжительного сна. Амнезия периода психоза отличается избирательностью: больные лучше помнят галлюцинаторные переживания, хуже — реальные события и свое поведение. *Редуцированный (абортивный) делирий*, продолжающийся всего несколько часов, проявляется нестойкими иллюзорными, галлюцинаторными переживаниями, с небольшой выраженностью соматических и неврологических нарушений. Клиническая картина *атипичного делирия* характеризуется отсутствием глубокого помрачения сознания при наличии симптомов, более свойственных эндогенным психическим заболеваниям. Это могут быть вербальные

слуховые галлюцинации («голоса») комментирующего содержания, которые предвосхищают события. Затем развивается фантастический образный бред преследования, иногда — нелепый бред величия. Идеаторные, сенсорные и двигательные психические автоматизмы интерпретируются больными как результат проведения над ними экспериментов, воздействия гипноза, магнитных и биоэлектрических полей. На высоте психоза может возникать картина, близкая к онейроидному помрачению сознания: больные видят себя со стороны, являясь участниками фантастических или обыденных сцен (сражения, пытки, необыкновенные приключения или торжества, праздничные гуляния и т.п.). Чаше психоз оканчивается через несколько суток критически глубоким сном, реже — продолжается неделю и более. О его содержании больные сообщают достаточно подробные сведения, у некоторых отмечается резидуальный бред — больные верят в реальность происходившего с ними, критика к перенесенному психозу не появляется. Возникновение атипичного алкогольного делирия требует проведения дифференциальной диагностики с эндогенными психическими заболеваниями — шизофренией, дебютом которой служит острый алкогольный психоз, или шизофренией, на фоне которой протекает алкоголизм.

При наличии у больного серьезных соматических расстройств, выраженной неврологической патологии, вызванной перенесенными черепно-мозговыми травмами, в том числе в анамнезе, или эпилептиформных припадков делирий может принять тяжелый характер и прогноз в таких случаях весьма неблагоприятен. Развитию подобных состояний нередко способствуют неадекватное применение методов интенсивной терапии и использование в остром абстинентном периоде различных нейролептиков и их сочетаний, назначение трициклических антидепрессантов и других препаратов, обладающих адренолитической активностью (Стрелец Н.В., 2000). Эти формы отличаются большей длительностью, чем классические. Температура тела достигает 40°C и более. Больные не могут передвигаться, их возбуждение ограничивается пределами постели. Они ощупывают что-то, стряхивают, разглаживают, «тянут нити изо рта». Клиническая картина соответствует в целом так называемому *мусситирующему (бормочущему) делирию*. Речь больных состоит из невнятного бормотания. Состояние характеризуется как оглушенность, иногда сопор, в тяжелых случаях — аменция. Появляются патологические рефлексy, ригидность затылка. Нарастает обезвоживание. Без своевременной медицинской помощи делирий может закончиться смертью, наступающей от коллапса или от присоединившейся пневмонии.

Неблагоприятным считается также *«профессиональный делирий»*, при котором больной, будучи глубоко дезориентирован в окружающем, как бы имитирует свою постоянную рабочую деятельность. Этот делирий нередко сменяется корсаковским психозом.

Дифференциальный диагноз проводится с делириями при других интоксикационных психозах. Трудности могут возникнуть, когда вме-

сте с алкоголем употребляют некоторые галлюциногенные вещества. На алкогольную природу делирия указывает наличие II или III стадии алкоголизма и абстинентного синдрома, предшествовавшего делирию. На I стадии алкоголизма делирий, как правило, вызван другими токсическими веществами.

В основе патогенеза алкогольного делирия лежит аутоинтоксикация вследствие алкогольного поражения печени. От токсических продуктов обмена страдают высшие центры вегетативной регуляции диэнцефальной области. В случае смерти больных при патологоанатомическом исследовании обнаруживаются набухание мозга, иногда точечные кровоизлияния в нем, жировое перерождение печени и признаки кардиомиопатии.

Прогноз неблагоприятен при делирии мусситирующем (высокая смертность) и профессиональном (корсаковский психоз впоследствии). Однако и при типичном делирии при неоказании адекватной медицинской помощи смертность достигает 15%. При продолжении злоупотребления алкоголем делирий склонен повторяться.

Делирий — крайне тяжелое состояние, требующее неотложной психиатрической и реанимационной помощи. Лечение требует проведения дезинтоксикации и нормализации метаболизма и водно-солевого равновесия, симптоматической терапии, позволяющей устранить нарушения сердечной деятельности, дыхания, снизить гипертермию, а также купировать возбуждение и нормализовать сон с помощью психотропных средств (более подробно лечение алкогольного делирия приводится в главе 35).

33.2. Алкогольные галлюцинозы

Галлюцинозы, являющиеся второй по частоте группой алкогольных психозов, встречаются, тем не менее, гораздо реже делирия. Алкогольный галлюциноз представляет собой психоз с преобладанием истинных слуховых вербальных галлюцинаций. Сознание остается ясным — ориентировка во времени и месте полностью сохраняется. Выделяют *острый алкогольный галлюциноз*, который в большинстве случаев развивается в период абстиненции, сопровождаемой тревогой, депрессией, бредовым настроением. Галлюцинации, как правило, появляются в вечерние и ночные часы, иногда в период засыпания (гипнагогические галлюцинации). Вначале это могут быть элементарные слуховые галлюцинации (акоазмы), а затем — вербальные. Часто слышатся неразборчивая речь, гул толпы, гудение, жужжание или звон. У большинства пациентов «голоса» носят неприятное содержание: они угрожают, обвиняют в пьянстве, оскорбляют, дразнят. Иногда «голоса» могут быть в виде диалога. Вначале больной живо реагирует на то, что слышит, вступает с голосами в пререкания. Возникающие при этом бредовые идеи тесно связаны с содержанием слуховых галлюцинаций. Галлюцинаторный бред носит отрывочный, несистематизированный характер. Больные испытыва-

ют чувство тревоги, страха, напряженности, может отмечаться двигательное возбуждение. Критика к галлюцинаторным переживаниям отсутствует. Длительность алкогольного галлюциноза — от нескольких часов до 2—3 нед. *Протрангированным (затяжным)* галлюцинозом называют случаи продолжительностью несколько месяцев. *Хроническим* считается галлюциноз, длящийся более полугода. При хроническом галлюцинозе преобладают множественные вербальные галлюцинации, диалоги. Обычно их содержание касается повседневных дел больных, их поступков. Поведение внешне может быть ненарушенным, больные привыкают к своим галлюцинаторным переживаниям, стараются их диссимулировать. Сохраняются не только бытовые, но и профессиональные навыки. Иногда со временем к галлюцинациям появляется критика: больные тяготеют к ним, хотят от них избавиться.

Патогенез алкогольных галлюцинозов неясен. Предполагается, что роль предрасполагающего фактора могут играть перенесенные в прошлом черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции и нейроинтоксикации.

Лечение, помимо собственно антиалкогольной терапии, включает психотропные средства с антигаллюцинаторным действием.

33.3. Бредовые психозы

Алкогольные бредовые психозы составляют 1% всех алкогольных психозов. *Острый алкогольный параноид*, или *алкогольный бред преследования*, описан И.В.Стрельчуком в 1949 г. Такие психозы развиваются внезапно на фоне бессонницы, тревоги и страха, являющихся проявлением абстиненции, и могут сопровождаться растерянностью, тревогой. Больному начинает казаться, что его собираются ограбить или убить (застрелить, зарезать в подъезде дома, задавить на улице). В качестве преследователей выступают совершенно незнакомые люди. Поведение обычно определяется бредом и внешне носит импульсивный характер: больные прячутся, убегают от мнимых преследователей, обращаются за защитой в милицию, но агрессию в отношении мнимых преследователей проявляют редко. С бредом связаны иллюзии: в оттопыренном кармане встречного угадывается очертание пистолета, в блеснувшем в чьих-то руках каком-то металлическом предмете — нож. Слова других, сказанные между собой, относят к себе и превратно истолковывают. Иногда им слышатся угрозы в свой адрес.

Острый алкогольный параноид длится от нескольких дней до нескольких недель. Иногда параноид может носить затяжной характер. В этих случаях у больных меняется аффект, преобладает состояние подавленности и угнетенности, бредовые высказывания начинают носить более систематизированный характер. Бредовые подозрения становятся избирательными, касаются лиц, с которыми больные ранее были в плохих отношениях. Больные начинают искать «логику» в поведении своих «преследователей», они насторожены, стремятся ограничить круг

общения. Употребление спиртных напитков, как правило, усиливает имеющиеся у них переживания. Алкогольный параноид отличается от спровоцированного алкоголем параноидного приступа шизофрении тем, что бред преследования не сопровождается другими видами бреда (воздействия, инсценировки и т.д.).

Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя) возникает, как правило, в зрелом возрасте у мужчин с паранойяльными или эпилептоидными чертами характера в преморбиде. Вначале идеи супружеской неверности в виде эпизодов возникают только в состоянии опьянения или в периоде похмелья. Позднее почвой для подобных подозрений являются осложнившиеся отношения в семье алкоголика, усиливающие отчуждение супругов и существенным образом нарушающие их интимные взаимоотношения. На этом фоне возникают сверхценные идеи ревности, которые сохраняются уже и вне периодов опьянения. Подозрения о неверности становятся постоянными, больной утверждает, что жена изменяет ему с кем-то из ближайшего окружения: со знакомыми, с родственниками, соседями. Бред постепенно систематизируется. Больные ищут всевозможные способы доказательств, следят за женами, по-бредовому толкуют их поведение, устраивают постыдные проверки. Ретроспективно больной может утверждать, что жена изменяет ему уже много лет, что дети родились не от него, а от прежних любовников. Нередко происходит расширение круга бредовых идей, возникают идеи преследования, отравления. Пациенты утверждают, что жена и любовник с целью избавиться от него подсыпают ему в пищу яд, снотворное. Иногда поведение больного начинает носить агрессивный характер по отношению к жене, к мнимым любовникам. Настроение тревожно-подавленное. Продолжающееся пьянство способствует усилению симптомов психоза и, что самое опасное, усиливает вероятность агрессивного поведения. Алкогольный бред ревности может принимать хроническое течение с периодическими обострениями. В патогенезе бреда определенную роль играют снижение сексуальной потенции, обычное при алкоголизме II–III стадии, а также конфликтные отношения и отчуждение между супругами из-за пьянства больного.

Лечение, кроме антиалкогольного, направлено на дезактуализацию бреда посредством антипсихотических нейролептиков (трифтазин, аза-лептин).

33.4. Алкогольные энцефалопатии

Алкогольные энцефалопатии — общее обозначение группы металкогольных психозов, развивающихся во II–III стадиях алкоголизма. К развитию алкогольных энцефалопатий предрасполагают следующие факторы: возраст больных (старше 40 лет), длительный алкогольный анамнез, продолжительные тяжелые запои с выраженным похмельным синдромом, включающем, в том числе, судорожные припадки, злоупотребление наряду с водкой суррогатными напитками, наличие в анамне-

зе черепно-мозговых травм. Важнейшая роль принадлежит патологии желудочно-кишечного тракта и печени (хронический гастрит, энтероколит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гепатит и цирроз печени). Снижение аппетита может доходить до анорексии, наблюдаются признаки физического истощения. Еще С.С.Корсаков в своей диссертации об алкогольном параличе (1887) отмечал, что психические и неврологические расстройства при алкогольном параличе схожи с теми, которые наблюдаются при авитаминозе B_1 . В настоящее время в патогенезе алкогольных энцефалопатий придается значение дефициту витамина B_1 (тиамина), вызванному нарушением питания и метаболизма у больных алкоголизмом. Для предупреждения энцефалопатий и их последствий на ранней стадии вводят парентерально большие дозы тиамина (витамина B_1), который, как полагают, способствует предупреждению прогрессирования заболевания. В зарубежной психиатрии два основных клинических варианта энцефалопатий — энцефалопатия Гайе—Вернике и корсаковский алкогольный психоз — их иногда объединяют под названием синдрома Вернике—Корсакова.

Острая алкогольная энцефалопатия Гайе—Вернике обычно следует за мусситирующим делирием. Состояние больного становится крайне тяжелым. Температура тела в течение суток колеблется от субфебрильной до 40°C и выше, нарастают обезвоживание, тахикардия, одышка, падает АД, возможны коллапсы. Оглушение, проявляющееся в том, что больной с трудом понимает обращенную к нему речь, вяло и с задержкой реагирует на окружающее, постепенно переходит в апатический ступор, сопор и кому. Характерны разнообразные неврологические расстройства: гиперкинезы, повышение мышечного тонуса, симптомы орального автоматизма (сосательный и хоботковый рефлекс), хватательные рефлекс, спонтанный нистагм. Выражены явления полиневропатии с быстрым формированием у больных трофических нарушений в виде пролежней. В случаях недостаточно интенсивной патогенетической терапии через 10–15 дней наступает смерть вследствие нарастающей сердечной и дыхательной недостаточности. Патологоанатомически часто обнаруживают множественные точечные кровоизлияния в стволе мозга, особенно в сосцевидных телах.

Лечение при острой энцефалопатии сводится к дезинтоксикации, мерам по поддержанию гомеостаза, сердечной деятельности, дыхания. Рекомендуются внутримышечное введение больших доз витаминов группы В. Те же витамины, а также ноотропные средства показаны при корсаковском психозе.

Корсаковский психоз (алкогольный паралич, полиневритический психоз) назван по имени выдающегося отечественного психиатра С.С.Корсакова, впервые описавшего это расстройство. Возникает корсаковский психоз обычно вслед за тяжелым делириозным состоянием (профессиональный или мусситирующий делирий) или острой алкогольной энцефалопатией Гайе—Вернике. В клинической картине наблюдается сочетание психических нарушений в виде фиксационной амнезии, ам-

нестической дезориентировки и парамнезий с явлениями полиневрита. Признаками полиневрита являются ослабление или отсутствие сухожильных рефлексов, нарушения чувствительности, неуверенная походка, атрофия мышц конечностей. Фиксационная амнезия проявляется невозможностью запомнить текущие события при сохранности памяти на прошлое. Можно множество раз повторять больному свое имя, но в процессе беседы через несколько фраз он его забывает. Человека, с которым не раз встречался в последние дни, воспринимает как впервые увиденного. Парамнезии чаще всего представлены конфабуляциями, имеющими заместительный характер (выдумки, прикрывающие описанные нарушения памяти), особенно выступают при расспросах больного о том, где он только что или вчера был, с кем встречался и т.д. Из-за фиксационной амнезии больные дезориентированы в месте и времени: не могут понять, где они находятся, не способны назвать текущую дату, сказать, обедали они сегодня или нет, и т.д. Но прежние навыки хорошо сохраняются, давних знакомых узнают сразу.

Р., 42 года. По характеру всегда был застенчивым, неуверенным в себе, зависимым от матери, которая воспитывала его без отца, была строгой, старалась контролировать его карьеру, контакты с приятелями, личную жизнь. Испытывал затруднения в общении, особенно с противоположным полом. Мягкий, податливый, не мог отказаться от совместных выпивок в кругу приятелей и сослуживцев. Окончил механический техникум, работал на заводе мастером. После работы часто в компании приятелей употреблял алкогольные напитки, несмотря на постоянные конфликты по этому поводу с матерью. Личная жизнь не сложилась из-за неуверенности в себе, в контакты с женщинами мог вступать только находясь под воздействием алкоголя. Пьянство стало регулярным, появились похмельные явления, возникли запои и связанные с ними прогулы на работе, которые скрывал от матери. Полгода назад мать умерла. Переживал ее смерть, чувствовал себя беспомощным. Для того чтобы уменьшить остроту переживаний, практически ежедневно в течение 3 мес. принимал алкогольные напитки. В связи с прогулами был уволен с работы, продолжал пьянствовать, из-за отсутствия денег употреблял низкокачественные, в том числе суррогатные напитки, очень плохо питался. Был задержан милицией за появление в общественном месте в нетрезвом виде, в отделении стал вести себя неадекватно, заговаривался, считал, что находится на работе, в посторонних узнавал знакомых. Был госпитализирован в психиатрическую больницу, где в течение 10 дней находился в реанимационном отделении в связи с тяжестью состояния. После перевода в общепсихиатрическое отделение остается дезориентирован в месте и времени, окружающих лица. Считает себя здоровым, рассказывает, что через день выходит на работу на новую должность, об этом ему сообщила мама. На уточняющий вопрос: «Точно сообщила мама?» отвечает встречным вопросом: «А что, она уже умерла?». Походка неуверенная, ходит, расставив ноги, жалуется, что «не чувствует ног».

Параллелизма между неврологическими расстройствами и тяжестью психических нарушений нет. Неврологические симптомы проходят быстрее, чем психические нарушения. Заболевание в целом течет регрессиентно. Однако в тяжелых случаях формируется слабоумие. При наиболее злокачественных вариантах болезни возможен летальный исход вследствие геморрагических изменений, приводящих к обширным размягчениям в полушариях большого мозга.

Диагностируя корсаковский алкогольный психоз, следует иметь в виду, что подобный же синдром может развиваться вследствие отравления угарным газом, после повешения, у перенесших клиническую смерть и реанимированных при черепно-мозговых травмах, нарушениях мозгового кровообращения.

Глава 34.

НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

Основные термины, современные понятия, общие клинические проявления, систематика болезней зависимости изложены в главе 31, поэтому в данной главе описана клиническая картина зависимости от наиболее значимых веществ, которые выделены в отдельные рубрики в МКБ-10 (опиоиды, каннабиноиды, кокаин, табак), и средств, способных вызывать зависимость, объединенных в группы по основным механизмам их действия (снотворно-седативные, психоделики, психостимуляторы) или химической структуре и способу употребления (ингалянты).

34.1. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов

Опийная наркомания является наиболее типичным примером развития зависимости. Все основные клинические признаки и стадии наркоманий были описаны именно на примере опийной наркомании. В последние годы данный вид наркомании получил в России наибольшее распространение.

К **наркотикам опийной (морфинной) группы** относятся: *натуральные алкалоиды*, получаемые из опийного мака, — опиум, морфин, омнопон, пантопон, кодеин; *полусинтетические*, получаемые в результате дополнительной обработки натурального сырья, — героин (диацетилморфин), гидроморфин, гидрокодон; *синтетические* — промедол, фенадон, метадон. Синтетические наркотики занимают значительное место по распространенности. В последние годы отмечается рост употребления таких сильнейших наркотиков, как фентанил, 3-метилфентанил («белый китаец», или «китайская белизна») и ряда других, которые синтезируются нелегально в подпольных лабораториях. Не утратили своего значения и кустарные методы получения различных вытяжек из мака. Сырьем служат млечный сок из головок еще незрелого растения или высушенные и измельченные головки и стебли («маковая соломка»). Наиболее богат алкалоидами опия снотворный мак (*Papaver*

somniferum), но его содержат также мак масляничный и даже декоративный садовый.

Механизм действия и метаболизм опиных препаратов

Нейрохимический механизм действия морфина связан с угнетением гидролиза ацетилхолина и выделением его из нервных окончаний (Машковский М.Д., 1997). Установлено также, что морфин обладает и антисеротониновой активностью. Нейрофизиологические исследования показали: морфин и другие препараты опия угнетают таламические центры болевой чувствительности и блокируют передачу болевых импульсов к коре головного мозга. Опиаты при введении в организм взаимодействуют с опиатными рецепторами мозга и их эндогенными лигандами. В настоящее время считают, что именно этим обусловлено их обезболивающее и отчасти общее наркотическое (седативное) действие. Отмечается состояние психического и физического комфорта в опьянении. Морфин метаболизируется в печени, выводится из организма в конъюгированной форме в основном почками, небольшое количество его выделяется пищеварительным трактом, в тканях не накапливается (через 24 ч после введения практически не обнаруживается).

Клиническая картина опьянения

Опий вводят внутрь, подкожно, внутривенно или в форме дыма (опиокурение). Кодеин применяют внутрь. Чаще всего аптечные ампулированные препараты или самодельно приготовленные растворы вводят внутривенно. Героин иногда вводится путем вдыхания порошка. Первые приемы опиатов, особенно героина и синтетических наркотиков, могут вызвать признаки тяжелого отравления. Сразу за введением краснеет лицо, ощущается горячая волна, проходящая по телу, чувство покалывания иголками, зуд кожи лица. Нередко возникает короткое чувство дурноты, иногда случаются обмороки. *При передозировке* быстро наступает сонливость и может возникнуть опасное для жизни больного коматозное состояние: сознание полностью утрачивается, больной имеет вид глубоко спящего человека, которого невозможно разбудить. Зрачки узкие, не реагируют на свет. Нарастает нарушение дыхания, которое становится периодическим (2–3 глубоких вдоха чередуются с задержками), затрудненным, хрипящим. Смерть наступает вследствие остановки дыхания.

Несмотря на возникающие токсические явления и знание о возможном риске для здоровья и жизни, ожидание особого типа эйфории заставляет начинающего наркомана повторно прибегать к употреблению наркотика. Первые эпизоды употребления наркотиков обычно происходят в компании наркоманов и с их помощью. По данным большинства исследований, около 60% пробовавших наркотики из группы опиатов сразу же бросают, а примерно у 40% формируются признаки психической зависимости, и они становятся наркоманами.

Эйфория при опийной наркомании включает несколько этапов: «приход» (на сленге наркоманов), характеризующийся появлением «обжигающей волны, доходящей до кончиков пальцев», затем релаксация, во время которой нет желания двигаться, чтобы не нарушить состояние физического и психического блаженства. Появляющаяся затем эйфория отличается «переживанием необыкновенной радости и счастья» и обычно не сочетается ни с повышенной активностью, ни с потребностью в общении. Приятным состоянием («кайфом») стремятся насладиться наедине или в стороне от других. Молча сидят, предаваясь заманчивым мечтам, воспоминаниям или желанным мыслям — «грёзам», но ярких зрительных фантазий, галлюцинаций воображения не бывает. Постепенно это состояние переходит в сон, который может продолжаться 3—4 ч. Важным признаком, отличающим опийное опьянение от других видов наркотической интоксикации, является отсутствие нарушений координации и артикуляции. Опиная интоксикация в наименьшей степени, чем другие виды наркотического опьянения, напоминает алкогольное опьянение.

Привыкание к наркотику формируется довольно быстро, в течение нескольких недель повторяющийся прием наркотика приводит к возникновению патологического влечения. Скорость привыкания зависит от наркогенности препарата. Самыми наркогенными являются фентанил и героин, влечение к которым появляется уже после 3—5 инъекций. Быстро формируется синдром психической зависимости с желанием ощутить приятное чувство покоя, иллюзорности происходящего. Постепенно больной переходит на систематический, регулярный прием препарата. Доза резко возрастает, причем наркоман достаточно четко знает свои наивысшие разовые и суточные дозы и практически никогда их не переходит, поэтому на данном этапе развития болезни отравлений почти не бывает. На этой стадии наркотическое вещество становится постоянным атрибутом жизни наркомана, он уже не может без него обойтись. Меняется характер наркотического опьянения, прежде всего качество эйфории. Прежний «кайф» исчезает. Наркотик становится необходимым допингом для восстановления работоспособности, общительности, бодрости, аппетита. Его действие сохраняется лишь несколько часов, что заставляет вводить препарат повторно в течение дня. Если вначале отмечались покой и расслабление в состоянии наркотического опьянения, то теперь у наркомана без наркотика наступает вялость, заторможенность, и только после введения наркотика он становится энергичным, деятельным, подвижным. Настроение становится приподнятым, мышление и речь ускоряются. Больные охотно разговаривают и отвечают на вопросы, они более оживлены, чем требует ситуация, не наблюдается раздражительности, злобности, грубости, как бывает при интоксикации лекарственными препаратами или при алкогольном опьянении. Чтобы поддерживать себя в подобном состоянии, наркоман постоянно должен повышать дозу, защитные реакции при этом утрачиваются, т.е., по существу, формируется физическая зави-

симость от препарата. Толерантность увеличивается в десятки и сотни раз, выражается это в увеличении как разовой дозы наркотика, так и суточной дозы за счет роста кратности приема. Отражением сформировавшейся физической зависимости является состояние абстиненции, которое возникает через 6–12 ч от последнего приема наркотика.

Абстинентный синдром («ломка», на сленге наркоманов) включает три группы расстройств: психопатологические, вегетативно-соматические и алгические. Болевой синдром составляет ядро абстиненции при морфинизме, в случае прекращения употребления героина болевой синдром выражен очень незначительно. Первыми признаками абстиненции являются состояние общего дискомфорта, зевота, слезотечение, чихание, познабливание с возникновением «гусиной кожи». Появляются чувство напряжения, ожидание чего-то ужасного, надвигающейся катастрофы, возникает бессонница. Мышцы напряжены, в них появляются ощущение неудобства, а затем болевые ощущения. Боли возникают вначале в межчелюстных суставах и жевательных мышцах, затем переходят на другие мышцы и суставы («выкручивает суставы», «ломает»). Больные не могут найти себе места, встают, ложатся, крутятся в постели. При этом нарастает тревожное возбуждение, иногда достигающее степени раптуса. Начинают метаться, требуют немедленной помощи, прежде всего назначения снотворных и обезболивающих препаратов, кричат, плачут и при этом раздражены, гневливы. Пик развития абстинентных проявлений обычно приходится на 2–3-и сутки. К общему тягостному состоянию присоединяются боли в животе, затем рвота и понос. Понос до 10–15 раз в сутки, сопровождается тенезмами. Продолжительность выраженной фазы абстиненции 4–5 дней, затем наступает ослабление симптоматики, но возможны последующие волны обострения на протяжении 3–4 нед., во время которых актуализируется патологическое влечение к наркотику, имеющее компульсивный характер. Психическая зависимость и сильное влечение к наркотику могут удерживаться несколько месяцев после прекращения употребления наркотиков. Под влиянием психогенных стрессов или острых соматических заболеваний (например, гриппа) могут развиваться преходящие состояния «псевдоабстиненции» («флэшбэк» в МКБ-10) — повторение описанных вегетативных нарушений в ослабленном виде. *После перенесенной абстиненции и некоторого периода воздержания от приема наркотика толерантность резко падает и прежняя, ставшая привычной доза может привести к смерти.*

Последствия употребления опиатов

Длительное злоупотребление опиатами с развитием аддиктивного поведения и физической зависимости приводит к серьезным последствиям для здоровья и жизни больного. Функциональные или органические изменения наблюдаются практически во всех системах и органах. Больные выглядят старше своего возраста. Кожа шелушится, волосы секутся, ногти ломаются, зубы крошатся. Характерны необычная бледность,

запоры, анемия. Снижение показателей гуморального и клеточного иммунитета приводит к возникновению сопутствующих инфекционных заболеваний и осложнений (пневмонии, абсцессы). Угасает половое влечение, у мужчин наступает импотенция, у женщин — аменорея. Сексуальная активность может проявляться в пассивной форме, включая гомосексуальную, в виде проституции с целью добычи денег на наркотик.

Осложнениями являются тромбофлебиты и тромбозы как следствие постоянных внутривенных вливаний без соблюдения правил асептики. Парентеральное введение наркотиков является причиной инфицирования ВИЧ, вирусами гепатитов В, С и D. Необходимо отметить, что инфицирование может происходить не только через шприц и иглу, но и непосредственно через наркотик, так как при его приготовлении в домашних условиях используется кровь, поэтому использование одноразовых шприцев еще не гарантирует от заражения.

Смертность среди наркоманов в 20 раз выше, чем в общей популяции. Причинами служат передозировка наркотика, суициды, упомянутые соматические осложнения.

Психические расстройства при опийной наркомании появляются уже на ранних этапах заболевания и выражаются прежде всего изменениями личности. На фоне первоначального заострения преморбидных черт нарастают общее эмоциональное огрубение, поверхностность суждений, лживость. Все интересы сосредоточены на добывании наркотика и средств для его покупки. Наркоманов не заботит благосостояние семьи, они могут воровать деньги у близких, продавать ценные вещи. В дальнейшем поведение, связанное с добыванием наркотика, все больше приобретает асоциальный, а также криминальный характер. Психозы при зависимости от опиатов возникают редко. Гораздо чаще наблюдаются затяжные депрессивные состояния, вследствие чего высок риск суицида. В конечной стадии наркомании, до которой доживают не все наркоманы, наблюдаются крайнее истощение, астения и апатия, делающие больных нетрудоспособными. Интерес сохранен только к наркотику. Толерантность к нему снижается. Прежние высокие дозы могут вызывать тягостные состояния. Однако все время требуется несколько меньшая доза для предотвращения абстиненции. Многие наркоманы, снижая дозу основного наркотика, а иногда и отказываясь от него, начинают злоупотреблять алкоголем или транквилизаторами. Вследствие этого у них нарастает интеллектуально-мнестическое снижение, не характерное для «чистой» опийной наркомании.

Диагностика опийной наркомании основывается на данных наркологического анамнеза и объективного статуса больного, а также определении опиатов или их метаболитов в крови и моче. Осмотр кожных покровов на предмет обнаружения следов инъекций и склерозированных вен, которым раньше придавалось важное диагностическое значение, в настоящее время не всегда информативен. Известно, что наркоманы, для того чтобы не было следов инъекций, вводят наркотики в вены по-

лового члена, подъязычные вены и др. Облитерация вен наблюдается в основном при использовании кустарных наркотических средств.

Опытные наркоманы при желании могут диссимулировать опийное опьянение. Из всех симптомов наркотического опьянения наиболее значимым при осмотре являются зрачки: точечные, типа «булавочной головки», не расширяются в темноте. Поэтому для маскировки некоторые больные носят темные очки даже вечером в плохо освещенном помещении или закапывают в глаза атропин. В качестве диагностического теста используется проба с налоксоном — антагонистом опиатов. Внутривенное введение 0,2–0,4 мг налоксона провоцирует вегетативные симптомы абстиненции, в том числе резко расширяются зрачки, чего не бывает у здоровых людей.

34.2. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов

Каннабиноиды — марихуана («травка»), гашиш («план»), анаша — являются дериватами конопли (*Cannabis sativa*), имеющей много видов. От сорта конопли, а также ареала и условий произрастания зависит содержание в ней психоактивных веществ. Всего их выделяют несколько сотен, но наиболее значимыми считаются тетрагидроканнабиол и каннабинол. Каннабиноиды, в отличие от опия, морфина и морфиноподобных веществ, лекарством не являются, а употребляются исключительно наркоманами. Больше всего их в индийской конопле, но они содержатся и в других ее видах, преимущественно в цветущих верхушках, меньше — в стеблях и листьях. В Америке и Европе больше распространена марихуана — высушенные и измельченные листья и верхние части стеблей конопли («травка»). В нашей стране чаще всего курят гашиш (анаша. «план», «дурь») — высушенное и спрессованное смолистое вещество, выступающее на поверхности цветущих верхушек женских особей конопли. Действие марихуаны слабее гашиша примерно в 10 раз. Конопля для курения используется в смеси с табаком (при курении смесь сгорает косо — отсюда сленговое название «косяк»). Кроме того, некоторые препараты, получаемые из конопли, жуют или принимают внутрь в виде напитков, пилюль. В настоящее время марихуана и гашиш являются самыми распространенными в мире наркотиками, в том числе и в России. Несмотря на невысокий уровень аддиктивности, опасность употребления каннабиноидов состоит в том, что в последующем большая часть злоупотребляющих препаратами каннабиса переходит к более «тяжелым» наркотикам — опиатам, психостимуляторам и др. Поэтому коноплю называют «воротами в мир наркотиков».

Механизм действия каннабиноидов

Каннабиноиды хорошо растворяются в жирах и поэтому накапливаются в жировых тканях человека. Метаболизируются они в печени и легких. Механизм их действия заключается в подавлении синтеза, освобожде-

нии и разрушении ацетилхолина. В конце 1980-х — начале 1990-х годов были открыты в головном мозге специфические рецепторы, связывающие каннабиноиды. Эти рецепторы распределены в разных участках мозга неодинаково. Большинство из них расположено в базальных ядрах, гиппокампе и коре головного мозга. Предполагается существование особой «каннабиноидной» нейрохимической системы в головном мозге, аналогичной опиоидной системе. Клинические эффекты каннабиноидов — психостимулирующий и легкий психоделический.

Клиническая картина опьянения препаратами конопли

Первые эпизоды употребления препаратов конопли могут не вызвать никаких субъективно приятных ощущений и переживаний. Напротив, возможны тошнота, головокружение, головная боль, затруднения дыхания. Состояние опьянения («кайф») возникает только после 3—4-го эпизода употребления препаратов конопли. Чувство легкого опьянения развивается через 5—15 мин от начала курения. Картина опьянения зависит от поступившей дозы (марихуана или гашиш) и чувствительности организма.

Первая фаза опьянения характеризуется возбуждением, проявляющимся преходящей тревогой, быстро сменяющейся приливом сил, особой легкостью, свободой в движениях. Появляются безудержная говорливость, желание поделиться своими мыслями. С пылом и пафосом могут говорить о пустяках. Течение мыслей по мере нарастания интоксикации ускоряется, теряется последовательность, решения принимаются с необычной легкостью, скоропалительно. Внимание отвлекаемо, ассоциации возникают легко, долго не задерживаясь на одном предмете или явлении.

Эмоциональный фон характеризуется резкими колебаниями: повышенное настроение с веселостью, доходящее до экзальтации, может сменяться мгновениями страха и ужаса. Злоба нехарактерна, но в компании ее участники, находящиеся в наркотическом опьянении, способны индуцировать друг друга, поэтому возникающая потребность двигаться и общаться может приводить к тому, что они могут крушить и ломать все вокруг.

В состоянии опьянения нередко возникает расстройство сенсорного синтеза: появляются искаженное восприятие пространства (частая причина аварий у лиц, находящихся за рулем в состоянии опьянения препаратами каннабиса), освещенности, цветовой гаммы объектов, интенсивности характера звуков и шумов, времени, расстройство схемы тела. Отмечаются признаки гиперacusии: звуки кажутся чрезвычайно громкими, яркими, насыщенными. Возможны ощущения чуждости собственного тела, нереальности, измененности всего окружающего (элементы деперсонализации и дереализации).

В случаях гашишной интоксикации могут наблюдаться отчетливые соматовегетативные нарушения. В начальных стадиях это гиперемия кожи, реже бледность, покраснение склер и век («кроличьи глаза»), расширение зрачков, учащение пульса и дыхания, сухость во рту, жаж-

да, головная боль, головокружение, шум, звон в ушах, неустойчивость, дрожание рук. Могут возникать ощущения «ползания мурашек», чувство жара, озноб.

Опьянение длится несколько часов. Затем наступает вторая фаза интоксикации — *стадия угнетения*. Постепенно тускнеют краски окружающего мира, исчезают иллюзии, гаснут фантазии, темп мышления резко замедляется. На этом фоне могут появиться чувство страха, отрывочные идеи преследования, резко падает настроение. Появляется острое чувство голода («волчий аппетит»), съедают все, что оказывается под рукой. Затем может наступить сон, продолжающийся в течение нескольких часов.

Тяжелое психотическое опьянение встречается редко и бывает следствием передозировки (использование гашиша *per os*) или повышенной чувствительности. Обычно развиваются кратковременные состояния помрачения сознания. Делирий со зрительными и слуховыми галлюцинациями устрашающего характера. От них могут спастись бегством или проявляют агрессию к тем, кто случайно попадает на глаза. Онейроид с отрешенностью от окружающего и погружением в мир грезоподобных, часто эротических фантастических представлений («сцены любви и ненависти»). При этом вступить в контакт с лицом, находящимся в психотическом состоянии, не удастся, лишь изменяющееся выражение лица — от блаженства до ужаса и гнева — отражает его переживания. Сумеречные состояния проявляются острой спутанностью, глубокой дезориентировкой в окружающем, недоступностью контакту, немотивированной агрессией и последующей амнезией. Длительность острых интоксикационных психозов, вызванных гашишем, от нескольких часов до нескольких дней.

Динамика формирования зависимости

Злоупотребление чаще всего начинается в подростковом или юношеском возрасте в «своей компании», обычно бывает *эпизодическим*, только тогда, когда собирается такая компания. Такое злоупотребление даже на протяжении 2–3 лет может не приводить к наркомании. При курении марихуаны, относимой к легким наркотикам и легализованной в некоторых странах Западной Европы, зависимость развивается значительно медленнее, чем при употреблении гашиша.

Первые признаки патологической зависимости при употреблении гашиша формируются в течение 6 мес. — 1,5 лет. В этот период гашиш употребляется эпизодически, но количество и частота приемов вещества растут. Появляется некоторая система в употреблении препарата, растет толерантность. Но при почти ежедневном курении признаки патологической зависимости появляются через 1–2 мес. Начальная стадия длится от 2 до 5 лет. Постепенно формируются явления *развернутой (хронической) стадии*. Растет и держится на высоком уровне толерантность. Гашиш становится постоянно необходимым допингом. Без него утрачивается всякая работоспособность. После же курения

больные становятся активными, живыми, собранными, общительными. Но курить приходится по несколько раз в день. Больной выкуривает до 10 сигарет в день, наблюдается переход на одиночное курение.

В развернутой стадии заболевания может формироваться и *абстинентный синдром*, который возникает на 2–3-и сутки после прекращения приема гашиша, выражен слабо и проявляется преимущественно соматовегетативными расстройствами: ознобом, потливостью (холодные мокрые ладони), учащенным сердцебиением, дрожанием пальцев рук, головокружением. В отдельных случаях могут появляться эмоциональные расстройства, чувство внутренней тревоги, беспокойство, неприятные мышечные ощущения (слабость, жжение, покалывание), пониженный фон настроения. Одним из наиболее характерных проявлений абстинентного синдрома является упорное расстройство сна, включающее нарушение засыпания, а также беспокойный сон с кошмарными сновидениями, не приносящий чувства отдыха. Указанные явления сопровождаются компульсивным влечением к употреблению наркотического средства. Продолжительность абстиненции около недели.

Последствия злоупотребления каннабиноидами

Существует мнение, в том числе представленное в публикациях отдельных представителей отечественной медицины, что длительное употребление марихуаны не приводит к серьезным последствиям для здоровья. Основная опасность каннабиноидов, как было указано выше, заключается в риске перехода на более тяжелые наркотики.

Однако многочисленные данные в работах зарубежных и отечественных авторов свидетельствуют о достаточно обширном круге соматических и психических последствий, связанных с употреблением каннабиноидов. Известно, что при длительном курении марихуаны нередко возникают ларингиты, риниты, бронхиты, повышается частота рака легких. Имеются данные об угнетении иммунных реакций. Отмечаются и выраженные соматические расстройства: неспецифический гепатит, почечная недостаточность, дистрофия миокарда. Нарастает общее истощение, у мужчин наступает импотенция, у женщин — аменорея.

Длительный прием гашиша ведет к заметным изменениям психики, которые проявляются в неустойчивости внимания, нарушении памяти, снижении критики к своему поведению, резком сужении круга интересов (все сосредоточено на добывании наркотических средств). Человек черствеет, изменяются взаимоотношения с близкими, он становится эгоистичным, нетерпимым. В этот период больные нередко дезадаптируются, теряют работу. Происходит отчетливая деградация личности. Психопатизация у одних проявляется нарастающей апатией ко всему, кроме гашиша, у других — эксплозивностью (вспышки раздражения, злобы и агрессии).

Описаны хронические психозы при гашишной наркомании, встречающиеся приблизительно у 15% многолетних курильщиков гашиша. Картина обычно сходна с параноидной шизофренией: бред преследова-

ния и воздействия сочетается с апатией, безволием, бездеятельностью, реже — со слуховыми галлюцинациями. Предполагается, что эти психозы возникают лишь у тех, кто предрасположен к шизофрении, а гашиш является провокатором манифестации эндогенного заболевания. Иногда у таких лиц гашишные опьянения с самого начала протекают атипично — по типу параноида с тревогой, подозрительностью к другим, обвинением своих же приятелей в злом умысле. Высказываются идеи отношения и преследования, действие гашиша принимается за умышленное отравление.

Диагностика каннабиноидной наркомании основывается на типичной клинической картине острой интоксикации, анамнестических данных, включая объективные сведения о больном. Диагностическим признаком может служить специфический запах в помещениях, где курили марихуану, а также своеобразный сладковатый запах от одежды курившего гашиш, который долго сохраняется. Объективизировать употребление каннабиноидов призваны результаты лабораторных исследований смывов с рук и анализов мочи. Результат исследования мочи на содержание каннабиноидов положителен в течение 5–6 дней при однократном приеме и 30–40 дней при систематическом употреблении.

34.3. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина и других психостимуляторов

Кокаиномания как вид наркомании известен с древнейших времен. Наркотик получают из листьев кустарника *Erythroxylon coca*, произрастающего в Южной Америке, жевание листьев которого было распространено среди туземных племен индейцев. В XIX в. из листьев коки был выделен алкалоид — кокаин. В медицинских целях кокаина гидрохлорид использовался как средство для поверхностной анестезии слизистых оболочек носа, рта, гортани и в офтальмологии. В настоящее время существует два основных вида кокаина: кокаина гидрохлорид и чистый алкалоид кокаина, называемый «свободным основанием» кокаина, имеющий низкую температуру возгонки и используемый в наркоманических целях путем курения под названием «крэк». Кокаина гидрохлорид употребляется внутривенно или ингаляционно (вдыханием порошка через нос). Курить его нельзя, так как он быстро разлагается при нагревании. Появление в 1970-х годах устойчивого к высокой температуре «крэка», позволяющего использовать его для курения, привело к распространению кокаиновой наркомании среди молодежи. Распространение в нашей стране было довольно значительным с 1915 г. до конца 1920-х годов. Затем кокаиновая наркомания исчезла, но в последние десятилетия наблюдается ее рост, особенно в «богемных кругах».

К психостимуляторам также относятся **амфетамины** — фенамин, первитин, меридил (риталин) и др., получаемые синтетическим путем.

До 1960–1970-х годов эти препараты широко использовались во многих странах для лечения астенических состояний, депрессий, паркинсонизма, подавления аппетита при ожирении и других состояний. Однако быстрый рост потребления, возникновение зависимости и нелегальное изготовление вызвали необходимость ужесточить контроль и ограничить их использование в терапевтических целях. Тенденцией последних лет в странах Западной Европы и США является использование смеси амфетаминов под названием «*спид*» (от англ. speed – скорость, спешка), получаемых и распространяемых нелегально. В нашей стране распространены кустарно изготавливаемые препараты психостимулирующего действия, среди которых наиболее известны *эфедрон* – психостимулятор с амфетаминоподобным действием, получаемый при обработке эфедрина перманганатом калия и уксусным ангидридом, и *первитин* («ширка», «джеф», на сленге наркоманов) – препарат из эфедрина и эфедринсодержащих лекарственных средств (солутан, бронхолитин и др.), при обработке которых используются йод и красный фосфор.

В последние годы широкое распространение получил препарат экстази. *Экстази* – в переводе «экстаз», «восторг» – самое распространенное название наркотика, химическое название которого 3,4-метилдиоксиметамфетамин, MDMA. Экстази разработан немецкой фармацевтической компанией и запатентован в 1914 г. как средство для уменьшения аппетита. Этот наркотик известен в США с 1960-х годов, но в Европе появился недавно и характеризуется постоянно возрастающим объемом потребления в молодежной среде, в силу своего психостимулирующего и галлюциногенного действия. В России MDMA (экстази) отнесен к разряду наркотиков в 1990-е годы. Экстази чаще выпускается в форме маленьких белых или цветных таблеток, на которых иногда можно увидеть различные изображения: улыбающегося лица, яблока, короны, клеверного листа, птиц, значка доллара и др. Экстази встречается также в капсулах (их легко спутать с ЛСД и амфетамином) и реже просто в порошке. Наиболее распространенный способ употребления – внутрь. Дозы значительно варьируют, 2–3 таблетки могут оказаться смертельной дозой.

Относящийся к психостимуляторам *кофеин* в настоящее время, вероятно, является наиболее широко употребляемым ПАВ, но последствия кофеинизма для психического и соматического здоровья лиц, испытывающих данный вид зависимости, менее тяжелы по сравнению с вышеперечисленными средствами. Несмотря на широкое распространение кофе как повседневного напитка во многих регионах, кофеинизм как токсикомания встречается редко. В этих случаях в течение дня выпивают много чашек крепкого кофе или даже поедают «кофейный кисель». В других случаях злоупотребляют чифирем – отваром очень крепкого чая (50 г на стакан воды). Кофеин играет роль допинга, повышающего работоспособность, дающего ощущение бодрости, прилива сил. перевозбуждение ЦНС, вызванное злоупотреблением напитков, содержащих кофеин, часто требует приема на ночь снотворных.

Механизм действия и метаболизм психостимуляторов

К патогенетическим механизмам формирования зависимости, обусловленной злоупотреблением психостимуляторами, относятся изменения функций нейрохимических систем мозга – дофаминергической, норадренергической и серотонинергической. Психостимуляторы ингибируют обратный захват дофамина и норадреналина в нейроны. Преобладающим влиянием психостимуляторов на серотонинергическую систему является увеличение содержания серотонина в синапсах, сопряженное с блокированием его обратного захвата и уменьшением концентрации серотонина и его метаболитов в биологических жидкостях. Клинический эффект проявляется повышением активности, ускорением мышления и речи, улучшением когнитивных способностей, ощущением психического и физического комфорта, устранением чувства голода и усталости, а также симпатомиметическими эффектами.

Клиническая картина опьянения кокаином и другими психостимуляторами

Однократный прием **кокаина** вызывает маниакальноподобное состояние, характеризующееся выраженной эйфорией, ускоренным течением мыслей, двигательной расторможенностью. Фон настроения благодушный, находящегося в опьянении переполняет чувство любви ко всем окружающим. Резко возрастает либидо и потенция, а также сексуальные переживания. Интенсивность эйфории по выходу из интоксикации оценивается как «оргазм всего тела». Отсутствует потребность в сне и еде. Появляются прилив сил, потребность в деятельности, раскрытии «творческих возможностей». Многие начинают рисовать, сочинять стихи, музыку. Внешняя обстановка воспринимается более яркой и красочной, нередко синестезии (усиление зрительных образов под влиянием музыки, цветной слух). Возникающее неуправляемое желание общаться сопровождается многоречивостью. Собственные мысли кажутся необыкновенно глубокими и проникновенными, в то время как ассоциации поверхностны, мышление резонерское с элементами разорванности и персевераций. Наблюдаются вегетативные нарушения: блеск глаз, мидриаз, сухость во рту, гипергидроз, тахикардия, повышение АД. Подобное состояние может продолжаться 2–3 ч, а затем наступают упадок сил, апатия, пониженное настроение, раздражительность. Это состояние дискомфорта приводит к желанию вновь принять наркотик, чтобы вернуть прежнее позитивное состояние. При передозировке возникают беспокойство, чувство внутреннего напряжения, на фоне которых могут развиваться иллюзорные и галлюцинаторные расстройства восприятия, сопровождающиеся тревогой и страхом. Состояние носит психотический характер: больной растерян, ему кажется, что окружающие что-то замышляют, хотят расправиться с ним, убить. Особенно характерны тактильные галлюцинации: ощущение ползания насекомых по телу (симптом Маньяна), которых ищут, ловят, а кожу расчесывают до крови. Реже слышатся оклики по имени и звон в ушах.

Сердечные аритмии сочетаются с приступами стенокардии, случаются обмороки, коллапсы, судорожные припадки. Смерть может наступить от внезапной остановки сердца.

Эфедроновое и первитиновое опьянение имеет много признаков, общих с кокаиновым опьянением, но все клинические проявления выражены гораздо глубже и грубее. Действие эфедрона и первитина складывается из двух фаз: «прихода» и собственно эйфории. Во время «прихода», продолжающегося от 10–15 мин до 2 ч, отмечаются деперсонализационные расстройства в виде особой легкости тела, ощущения «растворения в окружающем пространстве». Изменяется восприятие цвета, звуков, становящихся необычайно яркими и насыщенными, возникает эффект цветомузыки. Одновременно ощущаются приятные запахи (фиалок, яблок). В этот период больные стараются изолироваться от окружающих, чтобы насладиться необычными ощущениями. Вторая фаза опьянения, так же как при кокаиновой интоксикации, напоминает гипоманиакальное состояние. Говорят без умолку, быстро, перескакивая с одной темы на другую, оживленно жестикулируя. Настроение повышено, ощущается душевный подъем, появляется уверенность в своих необычных способностях и талантах, в исполнении заманчивых, но нереальных планов. Нередко появляются бредоподобные идеи особого могущества, больные считают, что могут предвосхищать события, оказывать влияние на других людей. Диапазон возрастающей активности — от однообразных бесконечных бытовых занятий (подметание пола или мытье посуды) до рискованных приключений. Резко усиливается половое влечение, возникает длительное половое возбуждение. Агрессивность не характерна, но может быть спровоцирована попытками окружающих ограничить активность или их недоброжелательным видом и тоном. Вегетативные нарушения сводятся к повышению артериального давления, тахикардии, экстрасистолии, задержке мочи. Глаза блестят, губы сохнут. Опьянение длится несколько часов и сменяется вялостью, быстрой утомляемостью, дурным самочувствием. В этом постинтоксикационном периоде возникает сильное влечение к наркотику.

Экстази, широко используемый на Западе, в нашей стране также получил распространение в клубах и ночных дискотеках в связи с его способностью вызывать прилив энергии и повышать активность. Опьянение можно подразделить на три стадии: сначала короткая дезориентация, за которой следуют подергивание мышц и покалывание во всем теле, а они, в свою очередь, сменяются ощущением полного комфорта. Желаемый эффект начинает ощущаться приблизительно через 30 мин, достигает кульминации через 1,5–2 ч и исчезает через 3–3,5 ч. Экстази обостряет зрение, слух, обоняние и осязание. Лица и знакомые предметы искажаются и приобретают необычные пропорции, светящиеся предметы кажутся движущимися, и во время танца молодой человек может впасть в состояние транса. Все испытывают тошноту, сухость во рту и сильную жажду. Обычными симптомами являются также мышечное напряжение, спазм жевательных мышц, дрожь, головная боль и

потливость. Постинтоксикационное состояние характеризуется подавленностью, усталостью, нарушением концентрации внимания. Первоначальное ощущение бодрости, подъема сил и повышение продуктивности при регулярном приеме препарата постепенно пропадает.

Динамика формирования зависимости

Кокаин, а также другие средства, обладающие выраженным психостимулирующим эффектом, относятся к средствам с высокой наркогенностью. Зависимость формируется через 2–3 нед. нерегулярного приема внутрь или после 3–5 внутривенных инъекций. Из всех психостимуляторов наименее наркогенным является кофеин. Считается, что зависимость от кофеина может сформироваться в течение 6–15 дней при ежедневном его приеме в дозе более 600 мг (Шабанов П.Д., 2002). Приблизительное содержание кофеина в чашке кофе — около 100 мг, чая — 40–80 мг, в анальгетиках, продающихся без рецепта, — 30 мг в одной таблетке.

Первым признаком наркомании является синдром психической зависимости в виде интенсивного влечения к состоянию опьянения, занимающего сознание в ущерб всем другим занятиям. Отсутствие наркотика вызывает психический дискомфорт. Для данных видов наркоманий характерен *циклический характер наркотизации*, обусловленный тем, что явления абстиненции начинаются еще в постинтоксикационном периоде — уже через 2–4 ч после введения наркотика появляется желание его повторить. Возникают состояния, напоминающие алкогольные запои. В результате наркотик может вводиться многократно в течение 2–3 сут. За счет учащения приема наркотика растет *суточная толерантность* (в 5–6 раз и более) при неизменности или незначительном росте разовой дозы из-за выраженных вегетативно-соматических проявлений при передозировке. Цикл наркотизации представлен 2–10-дневным непрерывным злоупотреблением наркотика, во время которого больные практически не спят, почти не едят, доводят себя до полного истощения сил. На этом фоне влечение к наркотику временно ослабевает. Во время интервала, необходимого для «отхода», больные принимают снотворные средства или транквилизаторы (обычно в больших дозах), отсыпаются, отъедаются и через несколько дней влечение к наркотику вспыхивает с новой силой. По мере развития наркомании интервалы между циклами уменьшаются, в случае лишения наркотика возникает абстинентный синдром.

Абстинентный синдром чаще всего состоит из двух фаз, которые трудно разграничить. Острая фаза абстиненции обычно продолжается от нескольких часов до 2–3 дней и включает комплекс соматовегетативных нарушений (головная боль, приступы сердцебиения и боли в сердце, одышка, общая слабость и разбитость) на фоне выраженной дисфории. На любое обращение больной отвечает грубостью, настроение снижено, он испытывает постоянную тревогу, чувство внутреннего напряжения. Иногда могут наблюдаться повышенная чувствитель-

ность к звукам, светобоязнь. В этот же период резко увеличивается тяга к приему препарата, которая принимает компульсивный характер. При обследовании выявляются нарушения координации, характерные подергивания отдельных мышечных групп лица, языка. Наблюдается сужение зрачков с вялой реакцией зрачков на свет и конвергенцию. Рефлексы резко повышены.

В остром периоде абстиненции *возможно развитие психозов* по типу делириозного помрачения сознания с обилием зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций (кажется, что под кожей ползают черви, жучки, другие насекомые) или параноида, включающего идеи преследования, уничтожения с аффектом страха и ужаса.

Вторая фаза абстиненции может продолжаться от 2—3 нед. до 2 мес. и характеризуется депрессивным фоном настроения с явлениями ангедонии и анергии. Отмечается выраженная сонливость: больные могут проспать несколько суток подряд, правда, многим из них приходится прибегать к приему транквилизаторов и других снотворных препаратов, так как, несмотря на сильнейшую потребность сна, у них нарушено засыпание. Нарушения сна усугубляют присутствующую в структуре депрессии дисфорию.

В дальнейшем изменяется картина опьянения: эйфории уже не бывает, психостимулятор необходим для того, чтобы предотвратить тяжелую дисфорию. Отчетливые признаки физической зависимости не появляются. Постепенно нарастают истощение, апатия, бездеятельность, ослабевают память. При кофеинизме лишение привычного стимулятора также ведет к тяжелой астении и перепадам настроения. Физическая зависимость не характерна. Однако длительное злоупотребление сопровождается истощением, сердечными аритмиями, тяжелым хроническим гастритом, а также выраженной эмоциональной неустойчивостью.

Последствия злоупотребления кокаином и другими психостимуляторами

Изменения личности, которые наступают при систематическом приеме кокаина и других психостимуляторов, выражены значительно глубже, чем у лиц, злоупотребляющих препаратами группы опия. Вначале наступают огрубение личности, значительное сужение круга интересов, эмоциональное снижение, блекнут внешние эмоции, слабеет память, нарушается интеллектуальная деятельность. Отмечаются грубые нарушения адаптации, больные чаще всего не работают. Среди них много антисоциальных элементов, которые, по существу, ведут паразитический образ жизни. Значительные изменения происходят в соматической сфере. Характерен внешний вид наркоманов: землистая кожа, одутловатое лицо, общее истощение, глаза блестят, зрачки расширены, сухость в полости рта. Внешне они выглядят значительно старше своего возраста, неряшливы, быстро дряхлеют. У лиц, постоянно нюхающих кокаин, возможно прободение перегородки носа, на коже множественные рубцы, следы абсцессов, пигментация. Психостимуляторы, вы-

зывая учащение сердцебиения и повышение артериального давления, могут привести к смерти из-за остановки сердца вследствие аритмий и нарушения проводимости или кровоизлияния в мозг. При применении в больших дозах могут наблюдаться кровотечения, нарушения функций печени. Также зарегистрированы случаи возникновения мозговых расстройств.

Психические расстройства проявляются в виде психопатизации личности чаще по истерическому или возбудимому типу. Затяжные депрессивные и дисфорические состояния увеличивают риск суицидов. Интоксикационные и абстинентные психозы, нередко возникающие у больных, злоупотребляющих кокаином и другими психостимуляторами, могут иметь затяжное течение, а иногда они провоцируют манифестацию психических заболеваний (шизофрении и расстройств шизофренического спектра).

Диагностика кокаинизма и других зависимых состояний, вызванных злоупотреблением психостимуляторами

Диагноз ставится на основании типичной клинической картины злоупотребления психостимуляторами и возникающего синдрома отмены. При злоупотреблении кокаином типичны явления атрофического ринита, а иногда прободение носовой перегородки. Наиболее значимыми являются данные лабораторных исследований крови и мочи, обнаруживающие ПАВ из группы психостимуляторов или продукты их метаболизма.

34.4. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления галлюциногенами

Галлюциногены (психоделики, психодизлептики, психотомиметики) — вещества, прием которых, в отличие от других наркотических средств, вызывает в меньшей степени эйфорию и в большей степени — дезорганизующие психику расстройства (галлюцинации, острый бред, нарушения сознания), достигающие психотического уровня.

В данную группу входит большое число веществ (по некоторым данным, до нескольких сотен) как природного (преимущественно растительного), так и синтетического происхождения. Наиболее известные растительные галлюциногены: *псилоцибин* (из грибов псилоцибов, похожих на поганки), *мескалин* (из кактусов пейот или лофофора), *мускарин* (из мухоморов), *атропин* (из красавки), *скополамин* (из спорыньи), *гармин* (из тропических лиан).

Из синтетических психоделиков самым известным является *ЛСД* (*диэтиламид лизергиновой кислоты*), синтезированный в 1943 г. в лаборатории швейцарской фармацевтической фирмы «Сандос», первоначально предложенный в качестве средства, расширяющего сознание при психоанализе. Были попытки использовать препарат для лечения депрессий, галлюцинаторно-бредовой шизофрении, расстройств памя-

ти, но его эффективность не была доказана. Зато оказалось, что галлюциногенная активность ЛСД в сотни раз превышала силу действия мескалина и псилоцибина. Его ничтожное количество способно вызвать яркие зрительные галлюцинации на протяжении нескольких часов. Широкое распространение ЛСД получил на Западе в 1960-е годы. Этот период получил название «кислотной революции», апологетами его использования для усиления продуктивности в творчестве явились многие известные писатели, музыканты, ученые. Однако, в связи с доказанной способностью ЛСД вызывать зависимость и распространенностью, достигшей масштабов эпидемии, он был внесен в список запрещенных наркотических средств. В нашей стране ЛСД не имел заметного распространения. Встречаются на рынке наркотиков так называемые «марки», пропитанные раствором ЛСД, которые кладут на язык. В последние годы на рынке наркотиков появились новые синтетические препараты: *производные триптамина* (ДМТ — диметилтриптамин), *фенциклидин* (РСР — пи-си-пи, или «ангельская пыль») и другие, синтезируемые в подпольных лабораториях. Применяются синтетические наркотики путем вдыхания (кристаллический порошок), глотания (таблетки и капсулы), курения (добавляют в марихуану), а также внутривенно.

Широкое распространение в последние годы в России и странах СНГ получили вещества, используемые в качестве анестетиков при малых операциях, в том числе в ветеринарной практике — *кетамин*, *каллисол*. С наркоманической целью они вводятся чаще внутримышечно.

В течение последних десятилетий широко используются для вызывания необычного (психотического) опьянения лекарственные *препараты с холинолитическим действием*: *астматол* (препарат для лечения бронхиальной астмы, содержащий белладонну, белену, дурман), *циклодол* (средство для лечения паркинсонизма), а также *антигистаминные препараты*, чаще всего димедрол.

Механизм действия. Эффект большинства галлюциногенов обусловлен влиянием на обмен серотонина в мозге. В связи с этим в состоянии интоксикации у человека обостряется восприятие внешнего мира, возникают необычные, ранее не испытанные чувства, оживляются воспоминания далекого прошлого, включая процесс рождения, происходит отреагирование прежних психических травм. Этим объяснялась привлекательность психоделиков — «расширение границ сознания», углубление познания самого себя. Однако состояние интоксикации часто проявляется гораздо более выраженными расстройствами психической деятельности: синестезиями, висцеральными и аутоскопическими галлюцинациями, расстройствами сознания по типу онейроида или делирия, острым чувственным бредом. Действие холинолитиков обусловлено их высоким сродством к холинергическим рецепторам, которые они занимают по конкурентному типу, не позволяя рецептору реагировать с естественным медиатором — ацетилхолином. Это приводит к накоплению ацетилхолина в синаптической щели. Блокируется значительная часть парасимпатических эффектов, а деятельность ЦНС

определяется преобладанием функции адренергической системы. При этом атропиновые препараты действуют преимущественно на периферические холинергические рецепторы, антигистаминные средства оказывают центральное действие, а антипаркинсонические препараты дают и центральный, и периферический холинергический эффект. В итоге развиваются многообразные эффекты, среди которых — психотомиметический и галлюциногенный.

Клиническая картина опьянения зависит от типа ПАВ, обладающего галлюцинаторным или психоделическим эффектом.

Галлюциноз, вызванный однократным приемом ЛСД, отличается наличием синестезий (звуки вызывают цветовые ощущения — «цветомузыка»). Видения яркие, необычные, сочетаются с деперсонализацией и дереализацией. Состояние экстаза, в котором сочетаются восторг и благоговейный ужас, сопровождается ощущением остановки времени, внезапного прозрения. Поведение бывает различным — от пассивного созерцания с критическим отношением к переживаниям до агрессивных и аутоагрессивных действий с полной утратой критики. Продолжительность интоксикации 8–12 ч.

Фенциклидиновая интоксикация похожа на амфетаминовую. Наблюдаются атаксия, дизартрия, повышенная чувствительность к внешним раздражителям. Разнообразные зрительные и слуховые галлюцинации возникают на фоне оглушенного сознания. При передозировке может наступить смерть.

Циклодоловый делирий. Циклодол (паркопан) — средство для лечения паркинсонизма и экстрапирамидных нарушений, вызванных приемом нейролептиков. После приема большой дозы (от 5–6 до нескольких десятков таблеток по 0,002 г) через 20–25 мин наблюдается кратковременное эйфорическое состояние, иногда перемежающееся с чувством страха. Затем появляются заторможенность, желание лечь, мысли вялые, часто обрываются. Содержание испытываемых переживаний зависит от ситуации и настроения в период принятия препарата. Если циклодол был принят во время беззаботного веселья с приятелями, то больному видятся развлекательные сцены, смешные происшествия. Если интоксикации предшествовали ссоры, столкновения, драки, устрашающие события, то в галлюцинациях фигурируют бандиты, преследователи, сцены нападений. Характерна калейдоскопичность галлюцинаций — быстрая смена картин и вместе с тем повторение одних и тех же видений по нескольку раз. Слуховые галлюцинации всегда тематически связаны со зрительными. Описывают характерный симптом исчезающей сигареты, когда больной не видит своей руки, но чувствует зажатую между пальцами сигарету, но когда пытается поднести ее ко рту — сигарета «исчезает».

Циклодоловый делирий может протекать со светлыми промежутками — от нескольких минут до нескольких часов, во время которых сознание больных проясняется, они хорошо помнят и критически оценивают галлюцинации. Длительность всего делирия от 2–3 ч до суток.

Вегетативные расстройства выражены нерезко: зрачки широкие, лицо гиперемировано, умеренная тахикардия.

Астматовый делирий, вызванный питьем настоя, приготовленного из астматолола (часто в смеси с вином), протекает тяжелее циклодолового, отличается глубоким помрачением сознания, дезориентировкой в окружающем, беспомощностью одурманенных и последующей амнезией (о галлюцинациях сохраняются лишь отрывочные смутные воспоминания, а происходившее в действительности выпадает из памяти).

Димедроловый делирий (несколько таблеток димедрола обычно принимают со спиртным) сходен с таковым, вызванным астматололом и циклодолом. Зрительные галлюцинации отличаются калейдоскопичностью. Их содержание нередко определяется обстановкой, предшествующей интоксикации. На высоте делирия, когда критическое отношение к галлюцинациям утрачивается, больной может стать опасным для себя и окружающих.

Динамика формирования зависимости

Обычно галлюциногены употребляются эпизодически, чтобы испытать необычные переживания. Проявлений синдрома отмены почти не наблюдается, зависимость носит в основном психический характер. Определенные этапы развития зависимости для данного вида наркомании не характерны. Явная психическая зависимость наиболее выражена при злоупотреблении ЛСД: желание вновь и вновь испытать новые необычные переживания становится основным смыслом жизни. Устойчивое влечение к повторным галлюцинаторным переживаниям встречается значительно реже.

Исключением считается циклодол, при котором подбираются дозы, вызывающие состояние эйфории, и прием препарата становится систематическим, нарастает толерантность (до 60 мг на прием). В таких случаях в период циклодоловой абстиненции наблюдаются разнообразные психические и соматоневрологические нарушения: тревога, беспокойство, неусидчивость сопровождаются интенционным тремором кистей рук, повышением мышечного тонуса и болезненными ощущениями в мышцах и суставах. Отмечаются диспептические расстройства, тошнота. На фоне абстиненции влечение к циклодолу носит непреодолимый (компульсивный) характер.

Последствия злоупотребления галлюциногенами. Вследствие передозировки возможны угнетение дыхания, развитие коматозного состояния с последующим летальным исходом.

Опасность для больного и окружающих представляют психотические расстройства, вызванные интоксикацией. Галлюцинаторные расстройства, нарушения сознания, острые бредовые состояния могут представлять непосредственную опасность для больного и окружающих в связи с дезориентировкой, неадекватным поведением, вызванным психотическими симптомами. Прием дизлептиков может вызывать приступы

неуправляемой агрессии, приводить к случаям убийства и самоубийства. Описываются случаи отдаленных психозов (галлюцинозов) без приема психотомиметиков, а также затяжные галлюцинаторно-параноидные психозы с шизофреноформной симптоматикой.

Диагностика злоупотребления галлюциногенами основывается на данных анамнеза и клинических проявлениях интоксикации. Методы лабораторного контроля используют исследование мочи. ЛСД определяется в моче в течение 12 ч, а его метаболиты — до 2 дней после употребления. Лабораторный контроль других галлюциногенов представляет существенные трудности.

34.5. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных и снотворных средств

К данной категории зависимости относится *немедицинское употребление* транквилизаторов бензодиазепинового ряда и барбитуратов, ранее использовавшихся в качестве снотворных, в настоящее время — в основном в качестве противосудорожных средств. Препараты из группы бензодиазепинов: нитразепам, диазепам (седуксен, реланиум), нозепам, альпразолам, феназепам и др. В состав ранее широко используемого в качестве снотворного реладорма помимо реланиума входит циклобарбитал.

Барбитураты: барбамил (амитал-натрий), этаминал-натрий (нембутал), натрия оксибутират, фенобарбитал (люминал). Последний используется как противосудорожное средство в чистом виде или в составе таблеток паглюферал, аналогичных смеси Серейского, а также входит в состав корвалола. Такие барбитураты, как секобарбитал (секонал) и этаминал-натрий (нембутал) в настоящее время сняты с производства, включены в список В психотропных и наркотических средств, встречаются на «черном» рынке наркотических средств. Сходную картину развития наркомании вызывало также снотворное — производное пиперидина — ноксирон, в настоящее время запрещенный к официальному применению.

Механизм действия

В целом барбитураты и транквилизаторы оказывают тормозящее действие на ЦНС, что клинически проявляется снотворным, седативным, анксиолитическим и антиконвульсивным эффектом. Бензодиазепины оказывают влияние на ЦНС через лимбическую систему мозга. Они повышают активность тормозящего нейротрансммиттера — гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Бензодиазепиновые рецепторы расположены вблизи ГАМК-рецепторов и в процессе активации могут усилить их функцию. Барбитураты также взаимодействуют с рецепторами ГАМК, в результате чего происходит гиперполяризация клетки и снижается порог судорожной готовности.

Эффект, вызываемый однократным употреблением транквилизаторов и барбитуратов, зависит от индивидуальной реакции потребителя, в том числе от его ожиданий и психологической установки. В малых дозах эти препараты способны вызывать эйфорический эффект, в больших дозах — снотворный. Опьянение напоминает алкогольное. Используются транквилизаторы и барбитураты как самостоятельно, так и в сочетании с алкоголем и другими наркотиками: потенцируют слабые опиаты, снимают чрезмерное возбуждение и купируют бессонницу при злоупотреблении психостимуляторами.

Клиническая картина опьянения

При внутривенном введении барбитуратов в течение первых секунд или минут наблюдается эффект раушнаркоза, происходит «отключение», которое воспринимается положительно и которое больные хотят повторить. Прием таблетированных форм оказывает более мягкое, постепенное воздействие. Барбитуровое опьянение напоминает алкогольное. Барбитураты обычно считаются «тяжелыми, одуряющими» наркотиками, поэтому к ним прибегают, если нет возможности приобрести бензодиазепины. Последние часто используются в сочетании с алкоголем для взаимного потенцирования эффекта. В состоянии опьянения эмоциональный фон крайне неустойчивый. Беспричинное веселье, беспорядочная активность, бесцеремонность, развязность легко сменяются гневом и агрессией. Раньше и сильнее, чем при алкогольном опьянении, нарушаются двигательные координации (шаткая походка, неустойчивость позы, несоразмерность движений). Характерны брадикардия, понижение артериального давления и температуры тела, расширение зрачков, гиперсаливация, потливость. Длительность данной фазы опьянения 2–3 ч, затем наступает глубокий сон, во время которого больного крайне трудно разбудить. После сна тяжелое пробуждение с явлениями вялости, разбитости, невозможности сосредоточиться. При передозировке легко развиваются сопор и кома, опасные для жизни из-за возможности паралича дыхательного центра.

Динамика формирования зависимости

Развитие зависимости может быть связано с медицинскими и немедицинскими причинами. В первом случае снотворные и седативные средства принимаются по назначению врача, а иногда самостоятельно для снятия состояний тревоги, страха, бессонницы. Злоупотребление встречается нередко, но аддиктивные расстройства развиваются далеко не у всех. Некоторые люди, страдающие бессонницей, являющейся чаще всего одним из проявлений невротических расстройств, без снотворных не могут заснуть и принимают их годами. У них также развивается зависимость, но не наркоманическая, а обсессивная (страх не уснуть без снотворного). Нередко со временем они вынуждены увеличивать дозу снотворного в 2–3 раза. В этих случаях может обнаружиться эйфоризирующий эффект, что создает угрозу для развития лекарствен-

ной токсикомании. Для этой группы больных характерно медленное формирование аддиктивных расстройств. Другую группу составляют больные, принимавшие снотворные и седативные средства для достижения эйфоризирующего и опьяняющего действия. С этой целью препараты вводятся внутривенно или в сочетании с алкоголем.

Психическая зависимость, являющаяся началом заболевания, может иметь различные сроки формирования. У тех, кто употреблял снотворное для борьбы с бессонницей, она может сформироваться через несколько лет, тем, кто использовал снотворные и седативные препараты для достижения эйфории, достаточно бывает нескольких недель. Проявлением психической зависимости служит дневной прием препаратов для того, чтобы «успокоиться» или повеселиться. *Возрастает толерантность*: дозу увеличивают в 3–5 раз. Прием снотворных часто чередуют с алкоголем (одно способно заменить другое), а затем, с ростом толерантности, предпочитают снотворные. Транквилизаторы применяют чаще в сочетании с алкоголем. Длительность начальной стадии — от нескольких недель до нескольких месяцев. Развернутая стадия заболевания характеризуется присоединением *физической зависимости*. Только в опьянении больной испытывает удовлетворенность и физический комфорт. Изменяется картина опьянения: первая седативная фаза не наступает, преобладает застреванность аффекта, возникает стремление к нанесению тяжких телесных повреждений, разрушительным действиям, что представляет опасность для окружающих. На этой стадии координация движений во время опьянения практически не нарушается. Влечение к наркотику компульсивное, утрачивается количественный контроль, в связи с чем могут быть передозировки и вместо продолжительного сна в конце опьянения возникает коматозное состояние, опасное для жизни.

Абстинентный синдром формируется в течение полугода систематического приема снотворных препаратов, проявляется он в течение суток после последнего приема препарата, продолжается до нескольких недель. Протекает абстиненция тяжело: озноб чередуется с проливным потом, бессонница сочетается с тревогой, двигательным беспокойством, напряженностью, злобностью. Наблюдаются судорожное сведение мышц, мелкий тремор, подъем артериального давления, тахикардия. Пиком развития абстинентного синдрома, по данным Ю.Н.Пятницкой (1994), являются 3–5-е сутки, когда напряженная дисфория переходит в депрессию, двигательная активность уменьшается, у 75% больных возникают судорожные припадки и у 60% — абстинентные психозы по типу делирия. Нередко возникают эпилептические припадки, а к концу недели — делирий. *Опасность для жизни связана с возможностью развития эпилептического статуса*.

Состояния зависимости, связанные со злоупотреблением снотворных и седативных препаратов, отличаются высокой прогрессивностью и приводят к тяжелым психическим расстройствам, вплоть до энцефалопатии с психоорганическим синдромом.

Последствия злоупотребления снотворными и седативными средствами

Длительный прием этих препаратов вызывает изменения личности эпилептоидного типа: явления брадипсихизма с вязкостью мышления, застойностью аффектов, взрывчатостью. Наиболее тяжелым исходом является формирование психоорганического синдрома, характеризующегося грубыми нарушениями памяти, ослаблением понимания, интеллектуальным снижением в сочетании с эйфорией и отсутствием критики, т.е. речь идет о выраженной деменции по органическому типу. Как правило, грубо нарушается и социальная адаптация, больные теряют работу, часто семью, могут совершать правонарушения.

Выражены расстройства в неврологической и соматической сферах. Речь делается смазанной (дизартрия), движения — плохо координированными (атаксия), рефлексy снижаются. Лицо становится маскообразным, бледным, с землистым оттенком. Кожа покрывается гнойничковыми сыпями, раны долго не заживают. Часто обнаруживается тяжелая почечная и печеночная патология.

Отмечается высокий уровень смертности у этой категории больных, который в 2—3 раза выше, чем смертность в аналогичной по полу и возрасту популяции (Шабанов П.Д., 1999). Связано это с суицидами, смертельными передозировками барбитуратов, несчастными случаями, тяжелыми абстиненциями.

Диагностика зависимости, вызванной барбитуратами и бензодиазепинами

При постановке диагноза необходимо учитывать наркологический анамнез, типичную клиническую картину острой интоксикации (опьянения), характерные проявления абстинентного синдрома, психические и соматоневрологические последствия хронической интоксикации. Важное значение для диагностики злоупотребления снотворными и седативными препаратами имеют лабораторные методы. Приблизительно 25% барбитуратов выделяется с мочой в неизменном виде, что существенно для диагностики барбитурового опьянения. Принятые внутрь, бензодиазепины быстро всасываются, и пик их концентрации в крови наблюдается примерно через 1 ч. Эти препараты хорошо связываются с белками, в течение 7—10 ч распределяются по всему организму, метаболизируются в печени, выделяются из организма в течение 2—6 дней.

34.6. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей (ингалянтов)

Использование летучих (испаряющихся) средств для вызывания опьянения и формирование зависимости к ним известно еще с конца XIX в..

когда появились случаи эфиромании. Для ингаляций использовался эфир, применявшийся в то время для наркоза. Злоупотребление *летучими веществами* получило распространение в европейских и североамериканских странах в 1960-е годы, спустя несколько лет пришло и к нам. Используются ацетон, бензин, трихлорэтан, реже толуол, а также стандартные промышленные препараты, приготовленные на основе этих и им подобных летучих (быстро испаряющихся при комнатной температуре) жидкостей преимущественно алифатического ряда: различные синтетические клеи, растворители, очистители, средства выведения пятен, нитрокраски, лаки. Используются также газы, применяемые в анестезии — эфир, закись азота, летучие нитриты. У взрослых подобный вид токсикомании встречается довольно редко, он распространен главным образом среди подростков в возрасте 12–15 лет, но встречается и у детей 6–7 лет, главным образом из неблагополучных семей, бродяжничающих и попадающих под неблагоприятное влияние старших ребят. Употребляющих эти вещества среди самих наркоманов называют «нюхачами». Обычно применяется вдыхание из емкости, полиэтиленового пакета или со смоченной ингалянтной ткани.

Механизм действия и метаболизм ингалянтов

Летучие компоненты, входящие в состав клеев (дихлорэтан, толуол и этилацетат) и бензина (смесь жидких углеводородов с сернистыми соединениями и тетраэтилсвинцом), являются ядами, действующими на центральную и периферическую нервную систему и на весь организм в целом. Эти вещества оказывают угнетающее действие на ЦНС и способны вызывать галлюцинаторные и психоделические расстройства. Дихлорэтан и другие вещества вызывают нарушение функции печени, углеводного и белкового обмена, следствием чего являются наличие в крови недоокисленных продуктов, азотемия, появление продуктов распада фенолов (содержат индольное кольцо и близки по химическому строению к мескалину и диэтиламиду лизергиновой кислоты), и, следовательно, способны вызывать вторичную интоксикацию. Этилацетат и подобные ему непредельные углеводы, содержащиеся в бензине, нарушают нормальное функционирование защитного мозгового барьера и тем самым способствуют проникновению ядов в головной мозг.

Клиническая картина опьянения

Вдыхание подобных препаратов ведет к тому, что через 1–2 мин в голове появляются ощущение тумана, свист, начинается головокружение, которое постепенно становится все сильнее и сильнее, теряется равновесие (фаза вегетативно-вестибулярных расстройств, длительностью 2–3 мин). Затем наступает состояние блаженства, появляется беспричинная веселость при взгляде на окружающие предметы, лица товарищей. Находящиеся в состоянии опьянения кричат, смеются, разговаривают сами с собой. Если ингаляция происходит в группе подростков, то смех одного заражает других. Появляется визуализация представлений

(«о чем подумаю, то и вижу»). Токсикоманы отмечают, что лучше в это время принять горизонтальное положение, закрыть глаза, после чего в голове возникает фантастическая картина — радужные круги, различные кружащиеся предметы, слышны приятные голоса людей. Подростки обычно фантазируют на приключенческие или сексуальные темы. При продолжительных ингаляциях (по несколько часов с перерывами) развивается онейроид. Видения уже не возникают по желанию. Перед взором разворачиваются сцены, напоминающие увлекательный фильм. От окружающего человек отключен, но сохраняется сознание того, что видения вызваны, а не реальны. Иногда появляется калейдоскоп галлюцинаций — «мультики». Подобные «лилипутские галлюцинации» в виде ярко окрашенных маленьких человечков и зверюшек, быстродвигающихся, с утрированной мимикой и жестами, иногда говорящих писклявыми голосами, были описаны французским психиатром Лероем еще в начале XX в. (до появления мультипликационных фильмов) при инфекционных и интоксикационных психозах. Это состояние длится около 10–15 мин. В процессе вдыхания возникает ощущение быстрого течения времени. Затем эти ощущения исчезают и для их повторения необходимо опять вдыхать. Такие сеансы повторного вдыхания паров подростки обычно повторяют 5–7 раз. При передозировке могут наступить сопор и кома.

После прекращения вдыхания паров ориентировка в окружающем быстро восстанавливается. Нормальное ощущение течения времени возвращается позже, только после выхода из интоксикации. Своеобразны нарушения памяти — забывается почти все, что предшествует психотическим эпизодам, но галлюцинаторные картины надолго запечатлеваются в памяти, и о них больные рассказывают как по выходе из интоксикации, так и спустя длительное время. В течение последующих 2–3 суток наблюдаются явления выраженной астении, возможно развитие конъюнктивита, катара верхних дыхательных путей.

Динамика формирования зависимости

Злоупотребление ингалянтами распространено среди подростков. Чаще первый опыт использования летучих растворителей подростки и дети получают в соответствующих группах сверстников, связанных между собой местом жительства или учебой. Наблюдается предпочтительность («мода») использования отдельных веществ в зависимости от группировок, сообществ, регионов. Знакомство с ингалянтами чаще приходится на возраст 9–14 лет. Считается, что один из десяти школьников пробовал летучие вещества. Большинство подростков вскоре бросают ингаляции. Существуют данные (Личко А.Е., 1995), что лишь у 5–10% развивается токсикомания, однако реальное количество детей и подростков с зависимостью от ингалянтов учесть трудно.

Регулярный прием летучих растворителей начинается в тех случаях, когда опьянение вызывает удовольствие. Синдром психической зависимости формируется очень быстро: на протяжении первого месяца

вдыханий возникает влечение к повторению состояний опьянения. Через 2–3 мес. наблюдается переход на одиночный прием. Это показывает, что влечение сформировалось. Переносимость вдыхаемых веществ возрастает достаточно быстро. Если первые приемы только вечерние, имеют интервалы 1–2 дня, то через 2–3 нед. развивается потребность в ежевечернем вдыхании, а через 1–2 мес. наблюдаются дополнительные дневные вдыхания. Количество вещества на один прием также возрастает в 3–5 раз. Подростки перестают скрывать злоупотребление от посторонних и близких, злобно реагируют на тех, кто пытается прервать ингаляцию. Помимо подъема толерантности, изменения формы потребления (переходящей от эпизодической к систематической), другим признаком развивающегося синдрома измененной реактивности служит трансформация формы опьянения. Опьянение укорачивается во времени (до 1–2 ч), вазомоторные реакции (покраснение кожных покровов, сердцебиение, колебания кровяного давления) уменьшаются, ослабевают также моторные нарушения (тяжесть в мышцах, снижение тонуса, затруднение активных движений, дискоординация). Абстинентный синдром для данного вида зависимости не характерен. Описывают лишь такие явления, как вялость, сонливость, головокружение, головные боли, раздражительность, которые являются, вероятно, следствием длительной интоксикации.

Последствия злоупотребления ингалянтами

Опасность данного вида зависимости состоит в быстром поражении паренхиматозных органов (печени и почек) и развитии токсической энцефалопатии с явлениями психоорганического синдрома и деменции.

Последствия хронической интоксикации в виде психоорганического синдрома и токсической энцефалопатии наступают через несколько недель после частых и продолжительных ингаляций или через многие месяцы при редких (1–2 раза в неделю) ингаляциях. Психоорганический синдром проявляется ослаблением памяти, трудностью сосредоточения, плохой сообразительностью, замедленной ориентировкой в меняющейся обстановке. У подростков резко падает способность усваивать новый учебный материал. Пассивность и склонность к безделью могут чередоваться со злобностью и агрессивностью. Помимо психотических явлений по типу делирия (бензин) или онейроида (пятновыводители, ацетон, клей) на высоте интоксикации ингалянтами, у больных-токсикоманов иногда встречаются затяжные атипичные шизофреноподобные психозы с псевдогаллюцинациями, психическими автоматизмами, бредовыми идеями, требующие проведения дифференциальной диагностики с шизофренией. Нередко к злоупотреблению ингалянтами присоединяется пьянство. Алкоголизм в таких случаях обычно развивается злокачественно.

Токсическая энцефалопатия сопровождается вегетативными и неврологическими нарушениями. Жалуются на постоянные головные боли, плохой сон, головокружения, во время езды в транспорте укачивает.

При неврологическом осмотре можно видеть спонтанный нистагм, легкий мышечный тремор, пошатывание в позе Ромберга, повышение сухожильных рефлексов. Могут отмечаться явления дизартрии и атаксии, нейропатии. На ЭЭГ регистрируют умеренные диффузные изменения, а иногда выявляется судорожная активность.

Следствием длительного вдыхания ингалянтов являются разнообразные соматические нарушения. Отмечаются конъюнктивиты, дерматиты вокруг рта и носа, изъязвления дыхательных путей, бронхиты, носовые кровотечения. Смерть может наступить от отравления в результате комы или остановки сердца. Описаны случаи смерти от асфиксии при вдыхании паров клея с надетым на голову целлофановым пакетом.

А., 16 лет, учащийся ПТУ. В психиатрическую больницу поступил впервые. Мать — медсестра, мягкая, сенситивная, отец — работник автосервиса, холодный, грубый, несдержанный, воспитанию ребенка уделял мало внимания, но мог жестоко наказать за незначительные прегрешения. В возрасте 5 лет получил сотрясение головного мозга (упал с качелей), от лечения в стационаре родители отказались. В школу пошел с 7 лет. Учился средне. Занимался спортом. Большую часть свободного времени проводил в компании дворовых сверстников. Курил с 11 лет, изредка прибегал к употреблению спиртных напитков, пытаясь скрывать это от родителей, опасаясь физического наказания со стороны отца. В 13 лет в турпоходе попробовал в компании ребят вдыхать пары растворителя для красок. После вдыхания все окружающее было ярко окрашено, появились отчетливые иллюзорные и галлюцинаторные переживания: лица ребят были «сплющены», слышался голос существа, которое называло себя «киберлогом». «Киберлог» разговаривал с ним, он чувствовал, как это «существо и дух», бросая тень, садилось ему на руку, возникало ощущение «теплого и приятного». Подобные попытки делал 3—4 раза, затем в течение 1,5 лет к вдыханию паров растворителя не прибегал. Возобновил вдыхание, когда ему было 14 лет. Однажды в состоянии опьянения ему привиделось, что нашел на улице много денег, а на самом деле ходил и набивал карманы бумажками. Потом попытался расплатиться ими в магазине. Выбрав на улицу в бешеной злобе, захотел взорвать магазин. Показалось, что все камни на земле — гранаты. Поднял и бросил булыжник в витрину. Был задержан охраной магазина, в милиции осмотрен психиатром, направлен в психиатрическую больницу. В стационаре в первые дни отмечались сниженный фон настроения, эмоциональная лабильность, истощаемость при интеллектуальной работе. Через месяц был выписан, но уже на следующий день встретился с друзьями, нюхал «какой-то новый растворитель». В школе на уроке появились зрительные обманы неприятного содержания, ощутил страх, «на потолке видел машину, пожирающую людей». Возвращен в стационар. Лечился еще в течение месяца. Выписан в хорошем состоянии. Через полгода поступил повторно. После выписки из стационара отношения с родителями обострились. Конфликты сохранялись в течение ряда лет, были обуслов-

лены протестом подростка против жестокости отца. Какое-то время не жил дома, бродяжничал. Вновь стал прибегать к вдыханию растворителя. Госпитализирован. За это время окончил школу, поступил в ПТУ. Учился уже с трудом — плохо запоминал, быстро уставая во время уроков, не мог освоить производственную специальность. К растворителю не прибегал, но стал употреблять спиртные напитки. Изменился по характеру: стал угрюмым, раздражительным, конфликтным, часто отмечался спад настроения. Недоволен своим положением. Жалуется, что совсем перестала даваться учеба. В процессе психологического исследования обнаружено заметное снижение памяти, явное нарушение интеллектуальных функций. Заключение: токсическая энцефалопатия, психоорганический синдром.

Диагностика токсикомании при злоупотреблении ингалянтами

Диагноз токсикомании ставится на основании анамнестических сведений о злоупотреблении летучими препаратами, выявлении признаков зависимости. Свидетельством злоупотребления могут служить обнаруженные у подростков тубики с клеем, полиэтиленовые мешки, тряпки со следами ингалянтов, «химический» запах изо рта и от одежды. Внешние признаки: бледность, пастозность лица, дерматит, сыпь вокруг рта и носа. Несомненным подтверждением факта злоупотребления является клиническая картина интоксикации. Специфических лабораторных тестов не существует, но лабораторный контроль может выявить косвенные признаки интоксикации по данным анализов крови и мочи, почечных и печеночных проб.

34.7. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления табаком

Злоупотребление курением табака и формирование зависимости (никотинизм) в нашей стране является самой распространенной формой зависимости от ПАВ. *Распространенность курения среди взрослого населения РФ* составляет 63,2% у мужчин и 9,7% у женщин, в том числе среди врачей — 50,3% у мужчин и 26,5% у женщин.

Механизм действия и метаболизм

Табак содержит большое количество веществ, многие из которых способны оказывать воздействие на организм человека. Наиболее значимый из них — никотин, являющийся холиномиметическим агентом, увеличивающим активность ацетилхолина в ЦНС. В проведенных недавно исследованиях было показано, что никотин также увеличивает уровень дофамина в головном мозге, что может являться фактором получения удовольствия от курения. Никотин является одним из веществ с сильнейшим аддиктивным потенциалом. Результаты ряда проведенных исследований показали, что никотин обладает большей способностью вызывать зависимость по сравнению с кофеином и марихуаной.

Вместе с дымом в легкие курящего человека попадают обладающие канцерогенным свойством токсические смолы, бензпирен и его производные, оксид углерода и др.

Динамика развития зависимости включает, как и при других формах аддикции, три стадии.

Начальная стадия характеризуется появлением психической зависимости: курение табака становится постоянной насущной потребностью. Большинство курильщиков курят регулярно. В среднем никотиновая зависимость возникает через 5 мес. после начала курения. Влечение носит обсессивный характер, имеются элементы борьбы мотивов. Появляется ощущение, что курение улучшает самочувствие, повышает работоспособность. Помимо этого, на начальной стадии исчезают защитные реакции (неприятные ощущения в горле, кашель, тошнота, головокружение), которые были характерны при первых эпизодах курения табака. Курение становится систематическим, растет толерантность, выражающаяся все большим количеством выкуренных сигарет.

Развернутая (хроническая) стадия включает помимо психической зависимости признаки физической зависимости. После выкуренной сигареты человек испытывает состояние физического комфорта. Невозможность курения, напротив, вызывает дискомфорт, беспокойство, резкое усиление влечения. По утрам возникает кашель, который может проходить после выкуренной сигареты. Тяга к курению усиливается после еды, приема алкоголя, во время напряженной умственной работы и при волнении, а также при виде других курильщиков и при запахе табачного дыма. На этой стадии наблюдается плато толерантности, количество выкуриваемых сигарет доходит до нескольких пачек. Отказ от курения вызывает состояние, которое можно расценивать как абстинентное. Имеют место преимущественно неврозоподобные расстройства: повышенная раздражительность, снижение работоспособности, неприятная тяжесть в голове, брадикардия, нарушения сна. На этом фоне резко усиливается психическое влечение к курению табака, которое у некоторых курильщиков достигает степени компульсивности. Продолжительность этой стадии от 5 до 20 лет и более.

Конечная стадия характеризуется снижением толерантности, высокие дозы никотина вызывают ухудшение самочувствия. Вместе с тем курение остается систематическим, выкуривание сигарет происходит как бы автоматически. День, как правило, начинается с выкуривания сигареты натошак для того, чтобы снять неприятные ощущения, прежде всего утренний кашель курильщика. Для многих характерно ночное курение на фоне прерывистого сна. В этой стадии появляются выраженные нарушения со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой систем, вызванные многолетним злоупотреблением табаком.

Последствия злоупотребления табаком

Табакокурение, в отличие от других форм зависимости от ПАВ, не приводит к заметным психическим и поведенческим расстройствам и

поэтому в какой-то мере относится к социально одобряемым типам аддикции. Вместе с тем курение приводит к выраженным изменениям внутренних органов. Согласно некоторым данным, среднее уменьшение продолжительности жизни у курильщиков составляет 10 лет. Чаще всего поражаются органы дыхания, сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт. От рака легких гибнут больше людей, чем от любого другого вида рака. По данным современных американских исследователей, примерно 90% случаев рака легкого связаны с курением в анамнезе. Курильщики болеют раком легкого в несколько раз чаще, чем некурящие. Основными этиологическими факторами считаются радон, полоний, бензпирен и нитрозамины, содержащиеся в табачной смоле; никотин не является канцерогеном. Курение также увеличивает вероятность других видов рака, в частности рака пищевода и рака полости рта. Кроме рака легкого, курение вызывает эмфизему легких, увеличивает вероятность сердечно-сосудистых заболеваний, в частности инфаркта миокарда, облитерирующего эндартериита. Так называемое пассивное курение увеличивает вероятность рака легкого.

Глава 35.

ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ

35.1. Современные подходы к лечению наркологических заболеваний

Повышение эффективности лечения наркоманий и токсикоманий — одна из основных проблем современной наркологии. Различным ее аспектам посвящено немало исследований как зарубежных, так и отечественных авторов. В современной отечественной наркологии получили признание *основные принципы терапии наркологических заболеваний*, предложенные Н.Н.Иванцом (2000):

- добровольность;
- максимальная индивидуализация;
- комплексность;
- отказ от употребления ПАВ.

Добровольность

Добровольность больного при обращении за лечебной помощью является главным залогом успеха терапии, так как лишь в таком случае возможно продуктивное сотрудничество врача и пациента при проведении лечебных мероприятий. Сложность получения согласия больного алкоголизмом или наркоманией на лечение определяется несколькими факторами. Главным из них является так называемая анозогнозия, т.е. незнание собственной болезни или отрицание проблем, связанных с зависимостью от ПАВ. Больные не считают имеющиеся у них признаки зависимости патологией, психологизируя мотивы злоупотребления и объясняя их внешними факторами: «Кто сейчас не пьет?», «Не мог отказать друзьям», «Вынужден прибегать к алкоголю в связи с профессиональной необходимостью» и т.п. В случае признания проблем зависимости многие считают, что могут справиться с ними самостоятельно: «Все понял, прекращаю пить или употреблять разные средства без какой-либо посторонней помощи», «Я могу взять себя в руки и сам справлюсь с имеющимися проблемами зависимости». Среди других причин отказа от лечения можно назвать «психологический барьер» —

опасение, что признают алкоголиком или наркоманом и о факте лечения узнают окружающие (сотрудники, знакомые, соседи и др.), неверие в эффективность терапии: «Сколько знакомых лечились, а все без толку». Известно, что многие больные с различными формами зависимости от ПАВ обращаются за наркологической помощью под давлением родственников или в силу сложившихся обстоятельств (угроза увольнения с работы, распада семьи, соматическое заболевание и др.). Но в большинстве случаев согласие на лечение связано с плохим физическим и психическим самочувствием больных, связанным с длительной массивной интоксикацией алкоголем после запоя или эксцесса, проявлениями абстинентных явлений. Необходимо помнить, что подобное согласие легко может смениться отказом от лечения, как только абстинентные явления нивелируются и самочувствие улучшится. Квалифицированный врач должен стремиться с помощью различных психологических и психотерапевтических приемов, используя в том числе влияние близких больного, сформировать установку на лечение. В противном случае все проводимые лечебные мероприятия могут оказаться безрезультатными. В нашей стране в последние годы принцип добровольности лечения больных алкоголизмом и наркоманиями утвержден законодательно. Базой для такого положения явились данные о неэффективности принудительного лечения, в частности, с использованием системы лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП). Однако крайне неблагоприятные эпидемиологические показатели по алкоголизму и наркоманиям вынуждают законодателей вновь ставить вопрос о принудительном лечении, прежде всего наркоманий в подростковом и юношеском возрасте.

Максимальная индивидуализация лечения

Существуют определенные подходы к лечению тех или иных видов химической зависимости, разработаны различные стандарты лечения, которым в последние годы придается приоритетное значение. Однако многофакторность этиологии и патогенеза наркологических заболеваний, значение психологических и личностных качеств пациента, его микросоциального окружения требуют более гибкого подхода при принятии решения о форме (стационарно, амбулаторно, анонимно) и методах лечения. Необходимо помнить, что нет единой наркомании и нет единой модели отношения к наркотикам. Врач должен определить, где будет лечиться пациент: амбулаторно, в стационаре или в дневном стационаре. При выборе места лечения необходимо учитывать динамику заболевания, степень прогрессивности, особенности личности пациента и его социальное окружение. Только с учетом этих факторов может быть осуществлен личностный подход к пациенту и выработана индивидуальная терапевтическая программа.

Комплексный подход к лечению

Особенностью современного подхода к терапии является необходимость учитывать в лечебной практике социально-психологические мо-

Таблица 13

Основные типы, методы и средства при лечении наркологических заболеваний (Иванец Н.Н., 2000)

Тип терапии	Методы и средства
Биологически-ориентированное воздействие	Препараты, влияющие на катехоламинавую нейромедиацию: – стимуляторы пресинаптических дофаминовых рецепторов – нейролептики – антидепрессанты – нейропептиды Блокаторы опиатных рецепторных систем (налтрексон и др.) Антиконвульсанты Транквилизаторы Сенсибилизирующие средства Средства заместительной терапии (метадон и др.) Немедикаментозные методы (рефлексотерапия, электростимуляция и др.) и др.
Психотерапевтически-ориентированное воздействие	Суггестивные методы (в том числе плацебо-терапия) Поведенческие методы (в том числе условно-рефлекторная терапия) Групповые дискуссионные методы Игровые методы Гештальт-терапия Экзистенциальная терапия Синтетические и комбинированные методы и др.
Социально-ориентированное воздействие	Семейная терапия Терапевтические сообщества Группы само- и взаимопомощи («Анонимные алкоголики» и др.) Методы системной интервенции Социально-психологический тренинг

менты и биологическую обусловленность зависимости от ПАВ. Данный подход предполагает использование в лечении каждого конкретного больного совокупности трех основных методов: биологического, психотерапевтического и социального воздействия. Основные типы, методы и средства при лечении наркологических заболеваний систематизированы Н.Н.Иванцом (табл. 13).

Применение отдельных средств и методов, их сочетание, период назначения зависят от клинических особенностей заболевания и лично-индивидуальных качеств больного.

Отказ от ПАВ

Принцип отказа от дальнейшего приема ПАВ как условие формирования полноценной ремиссии лежит в основе всех современных подходов к лечению наркологических заболеваний. Существуют различные подходы к методам отнятия наркотических веществ: литический (постепенный) и критическое одномоментное отнятие наркотика. В нашей стране чаще всего используется второй вариант – критическое отнятие наркотика, исключая барбитураты. Одномоментная отмена в этих слу-

чаях может привести к развитию опасного для жизни эпилептического статуса. Поэтому в первые дни лечения используется заместительная терапия: назначаются барбитураты с большим периодом полураспада, обладающие меньшей наркогенностью. На Западе заместительная терапия используется при лечении опишной (героиновой) наркомании в виде так называемых метадоновых программ. Данная программа предполагает пожизненное замещение более наркогенного наркотика (героина) менее наркогенным — метадонем. В нашей стране, несмотря на то что в литературе и прессе дискутируется вопрос о возможности использования метадона, он запрещен, будучи включенным в список наркотических препаратов.

Известно, что в клинической картине всех вариантов зависимости от ПАВ прослеживаются определенные периоды: интоксикация, острая абстиненция, период постабстинентных расстройств и начало становления ремиссии, этап формирования и поддержания терапевтической ремиссии. Таким образом, лечение должно строиться с учетом периода заболевания.

Первый (начальный) этап включает *дезинтоксикационные мероприятия и купирование абстинентного синдрома* с нормализацией соматоневрологических нарушений и коррекцией психопатоподобных расстройств.

Второй этап — *купирование постабстинентных расстройств*, терапия направлена на полную ликвидацию нарушений метаболизма, поведенческих расстройств и нормализацию психического состояния (включая сон).

Третий этап (формирование ремиссии) состоит в выявлении основного синдрома комплекса психической зависимости (психопатологическое оформление влечения к наркотикам, особенности его динамики — периодическое или постоянное, — наличие у больных признаков влечения) и назначении лечения, направленного на подавление влечения.

Четвертый (последний) этап заключается в определении условий, способствующих возникновению рецидивов заболевания, с целью назначения *противорецидивного поддерживающего лечения*. Здесь особое внимание уделяется причинам, вызывающим обострение влечения к наркотикам, ситуациям, приводящим к актуализации данного симптомокомплекса, а также выявлению эндогенных факторов, способствующих спонтанной актуализации влечения. Первые два этапа лечения более целесообразно проводить в условиях стационара, третий и четвертый — амбулаторно.

35.2. Лечение алкоголизма

35.2.1. Лечение острой алкогольной интоксикации

Легкое опьянение лечения не требует. Лечение может потребоваться в случае тяжелой алкогольной интоксикации в связи с возможно-

стью развития сопорозного или коматозного состояния. В качестве первоначальных мер необходимо вызвать рвоту, предотвратив при этом аспирацию рвотных масс, или промыть желудок через зонд. Можно использовать энтеросорбенты — активированный уголь или энтеродез в количестве 20—30 г. При коллаптоидном состоянии показаны аналептики и психостимуляторы: кордиамин 25% — 2,0 подкожно или кофеин-бензоат натрия 20% — 1,0 подкожно, можно использовать внутривенное вливание кофеина с глюкозой. При сопоре и коме наиболее эффективно внутривенное вливание бемегида с кофеином, кордиамином и глюкозой, а также интенсивная дезинтоксикация: внутривенные вливания глюкозы одномоментно 40% — 20 мл с 5,0 мл 5% аскорбиновой кислоты и 15 ЕД инсулина или капельно 5% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой. Для инфузионной терапии могут использоваться гемодез 200 мл, реополиглюкин, другие солевые растворы с добавлением в капельницу диуретиков и панангина. Внутримышечно вводятся витамины группы В. В наиболее тяжелых случаях необходим перевод пациентов в блок интенсивной терапии с применением управляемого дыхания и форсированного диуреза.

При атипичных формах опьянения показано применение седативных и антипсихотических средств, но при этом следует помнить, что транквилизаторы, нейролептики и антигистаминные средства потенцируют угнетающее действие алкоголя на ЦНС, поэтому необходимо контролировать состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

35.2.2. Оказание помощи при алкогольном абстинентном синдроме

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) возникает обычно после прекращения длительного периода алкоголизации, чаще в виде запоя. Задачами терапии ААС являются: 1) подавление влечения к алкоголю; 2) дезинтоксикация; 3) устранение или предупреждение осложнений. Легкие неосложненные формы ААС обычно не требуют специальной терапии. Можно рекомендовать обильное питье, лучше щелочные минеральные воды, горячий чай с настоями лечебных трав, общеукрепляющие процедуры: душ, теплую ванну, физические упражнения. Для нормализации сна кратковременно можно рекомендовать снотворные и седативные препараты (донормил, имован, феназепам). В более тяжелых случаях необходима комплексная терапия, в том числе в условиях наркологического стационара или блока интенсивной терапии. Лекарственная терапия направлена на коррекцию вегетативных, соматоневрологических и психических нарушений в структуре ААС.

Детоксикационная терапия: используются соединения серы — унитиол 5% — 5—10 мл в/м, тиосульфат натрия 30% — 10 мл в/в, магния сульфат 25% 5—10 мл в/в; внутривенное капельное введение 5% раствора глюкозы в сочетании с инсулином (6—10 ЕД); гемодез.

Коррекция гиповолемии и ионно-электролитного баланса: назначается обильное питье (минеральная вода, чай, молоко), внутривенно капельно вводят физиологический раствор, полиионные растворы (гемодез, полидез, полифер), реополиглюкин, панангин, оротат калия.

Тканевая дегидратация и форсированный диурез необходимы для предупреждения развития отека мозга. Для этой цели эффективны сульфат магния 25% — 5–10 мг в/в, внутривенные инфузии полиглюкина, осмотические диуретики (фуросемид, лизикс, урегит).

Для предупреждения и купирования метаболического ацидоза показаны внутривенное введение гидрокарбоната натрия 4% — 100–200 мл, дисоля (сбалансированный раствор хлорида и гидрокарбоната натрия 6:4), хлорида калия 4% раствор до 200 мг на 5% глюкозе или физиологическом растворе.

Вегетостабилизирующая терапия: купирование симпато-адреналового возбуждения — пирроксан в суточной дозе 45–90 мг, по показаниям — анаприлин, атенолол, клофелин.

Симптоматическая терапия, направленная на коррекцию отдельных соматических нарушений и проявлений декомпенсации хронических соматических заболеваний. Используются спазмолитические и сосудистые препараты (но-шпа, эуфиллин, дибазол, платифиллин, трентал и др.) по показаниям. Гепатопротекторы: гептрал 1,6 г/сут., эссенциале, карсил, легалон. Среди других препаратов нередко используются сердечные гликозиды, аналептики, антигистаминные средства.

Коррекция метаболических нарушений включает прежде всего витаминотерапию: тиамин хлорид (B_1) 6% 1–4 мл в/м, пиридоксин (B_6) 5% — 4 мл в/м, никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, витамин B_{12} 0,01% — 1 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% — 5 мл вместе с глюкозой.

Нормализация психического статуса и подавление психического влечения к алкоголю включает в себя задачи нормализации сна и предупреждение развития металкогольных психозов, а также предупреждение возобновления алкоголизации. В качестве снотворно-седативных средств наиболее часто используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда в высоких дозах: диазепам 0,01–0,06 г/сут., феназепам 0,002–0,004 г/сут., алпразолам 0,0005–0,003 г/сут. не более 5–7 дней. Средства, обладающие снотворным действием: нитразепам, дормикум, дономил, имован. Седативным действием, направленным на предупреждение металкогольных психозов, обладает оксибутират натрия (20% раствор 10–30 мл вводят обычно в конце капельницы). В случае обнаружения признаков возможного возникновения психоза: особый блеск в глазах, беспокойство, бессонница, выраженная обезвоженность — для купирования можно использовать смесь Попова: 0,3–0,4 фенобарбитала + 20–50 мл 96% этилового спирта + 100–200 мл воды, смесь дают внутрь лучше в 2 приема. Часто для предупреждения припадков назначают антиконвульсанты: карбамазепин (финлепсин), вальпроаты (депакин), ламотриджин (ламиктал). Применять нейролептики на фоне выраженных абстинентных явлений у больных алкоголизмом следует крайне

осторожно, только в крайних случаях, так как они гепатотоксичны, а также способны вызывать коллаптоидные состояния на фоне лабильного артериального давления.

Купирование явлений абстиненции не избавляет от патологического влечения к алкоголю, которое еще долго способно оставаться сильным и устойчивым, а в определенный период даже резко усиливаться. Поэтому после купирования абстиненции приступают к лечению, направленному на устранение психической зависимости. После купирования острых явлений ААС для подавления психического влечения к алкоголю используют «мягкие» нейролептики: тиапридал, эглонил, флуанксол, сонапакс, этаперазин, неулептил. Используются также для этой цели антидепрессанты: лудиомил, леривон, паксил, золофт, гептрал и др. Назначаются препараты нейрометаболического действия (фенибут, пантогам, пирацетам). Важное место в лечении больных должны занимать психотерапевтические методы.

35.2.3. Лечение алкогольных (металкогольных) психозов

Развитие в состоянии абстиненции острых алкогольных психозов (делирия, галлюциноза, параноида, острой алкогольной энцефалопатии) требует неотложной госпитализации в психиатрический стационар. Лечение должно проводиться в форме интенсивной терапии, в частности в соответствующих отделениях или блоках. Все алкогольные психозы отличает общность патогенетических механизмов их возникновения, поэтому проводимая терапия имеет много общего, отличий при этом гораздо меньше. Поскольку возникают алкогольные (металкогольные) психозы на фоне абстинентных явлений, все перечисленные выше принципы терапии, ее методы и средства используются и в лечении алкогольных психозов.

В последние годы наблюдается учащение тяжелых и атипичных форм алкогольного делирия, когда соматические нарушения преобладают над психотическими. Нередко наблюдаются присоединение интеркуррентных заболеваний (чаще всего пневмонии), утяжеление вегетативных расстройств, присоединение судорожных состояний, длительных диспептических нарушений (тошнота, рвота, падение аппетита), похудание, расстройство сна, субфебрилитет. Возникающий делирий имеет проявления, приближающиеся к аментивным расстройствам. Происходят резкое обезвоживание организма, гипертермия, развивается сопорозное состояние. Подобное состояние сопровождается явлениями гиповолемии, нарушениями водно-электролитного баланса, метаболизма, сдвигом кислотно-щелочного равновесия, явлениями гипоксии мозга, отчетливым токсикозом, тканевой дегидратацией.

В зависимости от тяжести общего состояния, выраженности соматоневрологических нарушений необходимо проводить *детоксикационную* и *инфузионную терапию*. Помимо наиболее распространенных средств для этой цели (физиологический раствор, раствор Рингера, 5% раствор глюкозы, трисоль, хлосоль, тиосульфат натрия, унитиол), используют

плазмозамещающие растворы (реополиглюкин). Количество вводимой жидкости зависит от степени дегидратации. При этом важно контролировать диурез больного, чтобы не спровоцировать гипергидратацию и явления отека головного мозга. В случае задержки жидкости в организме необходим *форсированный диурез* с помощью лазикса, фуросемида, триампура, маннитола. Иногда с целью детоксикации применяют экстракорпоральные методы – гемосорбцию и плазмаферез.

Учитывая дефицит в организме больного витаминов, связанный с патологией питания и нарушениями функций печени, *необходимо введение больших доз витаминов группы В, никотиновой и аскорбиновой кислоты.*

Симптоматическая терапия должна быть направлена на устранение гемодинамических нарушений, признаков отека мозга и легких, гипертермии, нарушений со стороны других органов. Для этой цели могут использоваться аналептики и психостимуляторы (кордиамин, сульфокамфокаин, кофеин-бензоат натрия), сердечные гликозиды (дигоксин, коргликон), гормоны (преднизолон, дексаметазон). Назначение других лекарственных средств и методов терапии зависит от показаний.

Терапия, направленная на купирование психомоторного возбуждения и других психотических проявлений (иллюзии, галлюцинации, бредовые расстройства), включает прежде всего снотворно-седативные препараты: диазепам (большие дозы через капельницу или внутримышечно), натрия оксибутират, при более выраженном возбуждении показаны тиопентал натрия, гексенал, геминеврин, вводимые парентерально. Очень осторожно следует относиться к использованию у больных алкогольными психозами нейролептиков. Учитывая общую тяжесть соматического состояния больных, алкогольное поражение печени, следует помнить о риске возникновения у них коллаптоидных состояний на фоне применения нейролептиков, а иногда аментивноподобных расстройств с дальнейшим переходом в сопор и кому.

Лишь при лечении алкогольного галлюциноза и параноида, если при этом соматоневрологические нарушения выражены незначительно, показано назначение нейролептических средств: галоперидол в/м до 10 мг/сут., трифтазин, левомепромазин (тизерцин), азалептин и др.

35.3. Лечение наркоманий и токсикоманий

35.3.1. Лечение острых отравлений наркотиками и другими веществами, относимыми к ПАВ

Острые отравления наркотиками и другими веществами, относимыми к ПАВ, являются одной из наиболее частых причин критических состояний в подростковом и юношеском возрасте, в том числе с возможным летальным исходом, в связи с чем врач общей практики должен уметь правильно диагностировать состояние больного и оказать эффективную помощь. Клиническая картина острой интоксикации при

основных формах наркоманий и токсикоманий описана выше в соответствующей главе.

Оказание медицинской помощи в случае выраженной интоксикации должно начинаться с *удаления токсических веществ из желудочно-кишечного тракта*, если средство принималось внутрь (психостимуляторы, снотворно-седативные препараты, галлюциногены). С этой целью необходимо вызвать рвоту, промыть желудок, можно использовать активированный уголь или энтеросорбенты, если прошло не более 6–8 ч после приема препарата.

Если существует специфическая *антидотная терапия*, необходимо использовать данный метод. Это относится к опишной интоксикации. Существует антагонист опиатных рецепторов *налоксон*, внутривенное или внутримышечное введение которого позволяет блокировать центральные эффекты опиатов. Эффект от введения проявляется уже через 1–3 мин, поэтому налоксон является средством выбора. Однако он не всегда может оказаться в наличии, в то время как состояние больного может быть критическим и требуется экстренная помощь.

Интоксикация препаратами группы опия проявляется угнетением большинства функций организма, но особенно это выражено в дыхательной сфере, больные погибают от остановки дыхания. Для устранения дыхательных нарушений используют методы и средства, доступные в условиях скорой помощи или реанимации, начиная с аналептиков (кордиамин, сульфокамфокаин, кофеин-бензоат натрия) и заканчивая, при необходимости, интубацией трахеи и переводом больного на искусственную вентиляцию легких.

При *острой интоксикации кокаином и другими психостимуляторами*, проявляющейся судорожными припадками или психическими расстройствами в виде тревоги, страха, требуется назначение в/в или в/м инъекций 0,5% раствора диазепама (седуксена или реланиума) 2–4 мл. Если судорожные припадки серийные, следует применять барбитураты короткого действия (тиопентал натрия или амобарбитал). Вводить следует в/в очень медленно, так как возможна остановка дыхания. Противосудорожное действие, а также седативное и антипсихотическое действие оказывает карбамазепин (200–800 мг/сут.), но действие его гораздо медленнее. Галлюцинаторные и другие психотические проявления купируются назначением нейролептиков (галоперидол 1,5–4,5 мг/сут.).

Состояния отравления снотворно-седативными препаратами (барбитураты и бензодиазепины) могут представлять опасность для жизни, проявляясь сопором и комой с нарушением сердечной деятельности и дыхания. Поэтому необходимы тщательный контроль за витальными функциями, назначение симптоматической терапии (дыхательные аналептики, сердечные средства), а в случае утяжеления состояния — срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии и проведение реанимационных мероприятий. В случае отравления другими ПАВ, в том числе ингалянтами, терапевтическая тактика должна быть направлена на проведение детоксикации, поддержание жизненно важ-

ных функций с помощью симптоматических средств и купирование психомоторного возбуждения и других психотических расстройств.

35.3.2. Купирование абстиненции и лечение постабстинентных расстройств при наркоманиях и токсикоманиях

В нашей стране применение современных средств и методов купирования абстинентного синдрома предусматривает *немедленное полное лишение наркотиков*, за исключением случаев злоупотребления барбитуратами и другими седативными средствами или при сочетании других наркотиков с высокими дозами снотворно-седативных средств. Во многих странах Запада, как известно, широкое распространение получила заместительная терапия в лечении опиной (героиновой) наркомании с помощью метадона. В России, несмотря на существующее мнение о целесообразности данного метода и активное его лоббирование, метадон запрещен к использованию и внесен в список. Наиболее распространенными и эффективными патогенетическими средствами купирования *опийного абстинентного синдрома* являются: *клонидин (клофелин)* — агонист α_2 -адренорецепторов ЦНС; *тиаприд (тиапридал)* — атипичный нейролептик из группы замещенных бензаминов; *трамал* (трамадола гидрохлорид) — обезболивающее средство центрального действия. Комплексное применение данных препаратов — лучший способ купировать основные проявления абстинентного синдрома. Терапию клофелином начинают с первого дня развития абстиненции и продолжают в течение 5–9 дней, постепенно уменьшая дозу. Клофелин наиболее быстро полностью купирует соматовегетативные расстройства, в значительно меньшей степени он влияет на психопатологическую и алгическую симптоматику. Среди побочных эффектов препарата возможны сухость во рту, выраженная седация, понижение АД. В случае падения АД ниже 90/60 мм рт.ст. дозу клофелина уменьшают и назначают кардиотонические средства (кордиамин, кофеин и др.). Тиаприд высокоэффективен в отношении алгического синдрома, психопатоподобных и аффективных нарушений. Лечение проводится по следующей схеме: препарат вводят внутримышечно в дозе 200 мг 3–4 раза в сутки первые 3–4 дня, затем в течение последующего дня доза снижается до 100 мг. В первые дни лишения опиатов при резко выраженном болевом синдроме назначают инъекции трамала 2,0–4,0 мл 3–4 раза в день, затем переходят на пероральный прием — 50–100 мг 3–4 раза в день, постепенно снижая дозу по мере уменьшения интенсивности болевого синдрома.

В качестве средства купирования опиного абстинентного синдрома разработана схема комбинированного применения антагонистов опиатов (*налоксона гидрохлорида и налтрексона*) со средствами, устраняющими проявления абстиненции, вызванной введением налоксона, а именно с α_2 -адреноблокатором клофелином. Налоксон ускоряет высвобождение метаболитов опиата из рецепторов, что сокращает сроки ку-

пирования до 5–6 дней. Целесообразно в первые дни терапии назначать максимальные дозировки клофелина (0,9–1,2 мг) и минимальные — налоксона (0,2 мг), затем постепенно снижать дозы первого и увеличивать дозы второго (до 1,8 мг/сут.), чтобы к концу лечения больной получал только налоксона гидрохлорид.

В последние годы получил распространение метод быстрого купирования опийного абстинентного синдрома путем проведения многочасового наркоза, во время которого вводятся по определенной схеме антагонисты опиоидов — налоксон или налтрексон. Метод, получивший название ультрабыстрой опиоидной детоксикации, в основном используется для лечения больных со значительной длительностью приема наркотиков в больших суточных дозах. По мнению авторов, использующих данный метод, его отличие от других способов лечения состоит в том, что купирование абстинентного синдрома достигается значительно быстрее. Кроме того, пик развития абстинентного синдрома приходится на период быстрой детоксикации, когда пациент находится под наркозом и не ощущает симптомов абстиненции.

Среди других средств купирования опийного абстинентного синдрома используется *геминеврин* (хлорметиазол, декстраневрин). Известно, что геминеврин действует опосредованно через ГАМКергическую систему на дофаминовую передачу, нормализуя баланс катехоламиновой системы, нарушающийся при хронической интоксикации опиатами. Он оказывает положительное влияние при таких расстройствах, как стойкая бессонница, психопатоподобные нарушения, тревога, входящие в структуру синдрома отмены. Геминеврин назначается внутрь — в капсулах по 300 мг. Одним из наиболее перспективных направлений в лечении наркоманий считается применение таких средств, как *нейропептиды*. Данные вещества устраняют дисбаланс катехоламиновой нейромедиации, возникающий при хронической интоксикации наркотиками и другими веществами, вызывающими зависимость. *Холецистокинин (панкреазимин)* является одним из классических нейропептидов, применяемых для купирования абстинентного синдрома. По данным, полученным в эксперименте, холецистокинин нормализует нейрохимические процессы в мозге, свойственные абстинентному синдрому (И.П.Анохина). Для купирования опийного абстинентного синдрома используется парентеральный (внутривенный) медленный путь введения. Количество препарата рассчитывается на 1 кг массы тела больного.

У больных, злоупотребляющих препаратами *седативно-снотворной группы* (главным образом, барбитуратами), дозы наркотика снижаются постепенно для исключения возможности развития в структуре абстиненции судорожных припадков и психозов. Или назначается *заместительная терапия*: 30 мг *фенобарбитала* на каждые 100 мг злоупотребляемого снотворного, т.е. около 1/3 дозы. После 2-дневной стабилизации на выбранной дозе проводят ее постепенное снижение до полной отмены или назначают в течение 4–5 дней *паглюферал* — по 2 табл. 2–3 раза в день. Для купирования абстинентного синдрома, развивающегося

у больных барбитуратовой наркоманией, токсикоманией седативными средствами (транквилизаторами бензодиазепинового ряда, антигистаминными средствами и др.), полинаркоманией, заключающейся в систематическом употреблении барбитуратов или других седативных средств, хорошие результаты были получены при использовании препарата *милдронат*. Милдронат обладает противосудорожным и стимулирующим эффектом. Парентеральное его применение с первых дней абстинентного синдрома (3–4 инъекции 5 мл 10% раствора в сутки) позволяет предотвратить развитие у больных судорог, свойственных барбитуратовому синдрому отмены, и купировать характерные для данных форм наркоманий тяжелые астенические расстройства (чувство разбитости, слабость, вялость и т.д.). Длительность лечения в среднем составляет 5–7 дней. Побочных эффектов и осложнений при применении милдроната не наблюдалось.

Оптимальной схемой терапии синдрома отмены при наркоманиях, вызванных приемом *психостимуляторов*, является комбинация средств, влияющих на дофаминергические механизмы (*бромокриптин*), купирующих в первую очередь астенический симптомокомплекс и отчасти неврологические расстройства, и средств, влияющих на серотонинергические системы (*препараты из группы СИОЗС*), оказывающих воздействие на выраженный аффективный компонент данного синдрома. Бромокриптин (парлодел) назначается больным в первые дни развития синдрома отмены в суточной дозе 2,5–3,75 мг. После купирования острых абстинентных явлений лечение препаратом продолжается в дозах 1,0–1,25 мг/сут. перорально в течение нескольких месяцев для профилактики возможной актуализации патологического влечения к наркотику и профилактики рецидивов. Антидепрессанты с преимущественно серотонинергическим компонентом действия (флуоксамин) назначаются, когда появляются основные признаки синдрома отмены: снижение настроения, апатия, вялость, слабость, раздражительность. Средняя суточная доза составляет 150 мг на 3 приема. Длительность терапии – от 1 нед. до 2 мес.

Параллельно с описанной патогенетической терапией проводятся *симптоматическое лечение* и *детоксикационные мероприятия* с использованием лекарственных средств, обычно применяемых с этой целью, в том числе витаминов, аминокислот (глутаминовая кислота), гепатопротекторов.

Для *купирования психопатологических проявлений*, представленных в структуре абстинентных расстройств преимущественно аффективной и психопатоподобной симптоматикой, используются нейролептики и антидепрессанты. Препараты и их дозы подбираются индивидуально.

Помимо медикаментозного лечения, для смягчения абстинентного синдрома применяются *немедикаментозные методы*: рефлексотерапия, нейроэлектростимуляция, плазмаферез, различные методы психотерапии. Большое место в лечении занимает физиотерапия, естественно, с учетом противопоказаний.

35.4. Формирование ремиссии и противорецидивная поддерживающая терапия

Главной задачей лечения алкоголизма и наркоманий является устранение психической и физической зависимости от ПАВ. Дезинтоксикация и терапия соматических осложнений являются хотя и важными, но дополнительными мерами и сами по себе зависимость не излечивают. Устранение физической зависимости осуществляется довольно эффективно в процессе купирования абстинентного синдрома.

Подавление патологического влечения к ПАВ, лежащего в основе психической зависимости (аддикции), представляет гораздо более трудную задачу. При существующих методах лечения рецидивы в течение 1-го года бывают более чем в половине случаев.

В качестве методов подавления патологического влечения к алкоголю в нашей стране до настоящего времени наибольшее распространение имеют *методы аверсионной терапии* (от англ. *aversion* — отвращение) — выработка условного рвотного рефлекса на вид, вкус и запах алкоголя или страха перед его употреблением вследствие необычно тягостного действия.

Условно-рефлекторная терапия впервые была предложена Н.В.Канторовичем в 1929 г.: вид спиртных напитков, их запах, надписи, с ними связанные, сочетались с ударом электрического тока в руку. Эффект оказался очень нестойким. Более совершенный метод разработали И.Ф.Случевский и А.А.Фрикен в 1934 г. Небольшие дозы алкоголя давали на фоне действия рвотных средств (инъекции апоморфина или эметина, прием ипекакуаны, отвара баранца, чабреца и др.). После нескольких сочетаний образуется условный рвотный рефлекс на вид, запах и вкус алкоголя. Однако, как и все постоянно не подкрепляемые условные рефлексы, в дальнейшем он угасает, и поэтому эффект лечения оказывается нестойким.

Сенсибилизирующая терапия была разработана О.Мартенсен-Ларсеном в 1948 г. Регулярный прием *антабуса* (тетурам, дисульфирам) угнетает в организме активность фермента ацетальдегидрооксидазы. При поступлении в организм алкоголя его окисление задерживается на стадии ацетальдегида, накопление которого в крови дает преходящий токсический эффект в виде чувства нехватки воздуха, страха смерти, резкого сердцебиения, тошноты, покраснения лица. Для усиления и упрочения действия под наблюдением врача в процедурном кабинете намеренно вызывают у больного 1–2 тетурам-алкогольные реакции (после приема очередной дозы тетурама ему дают небольшую дозу алкоголя). Когда возникают тягостные нарушения и появляется страх смерти, применяют обычные симптоматические средства (например, вливание глюкозы с кофеином), тем самым укрепляя у пациента представление об опасности для него приема алкоголя. Однако усиление патологического влечения к алкоголю приводит к тому, что больные самовольно прекращают прием тетурама и вновь начинают злоупотреб-

лять спиртными напитками. Для преодоления подобного соблазна был предложен препарат пролонгированного действия — *эспераль (радомтер)*. Больному производят внутримышечную имплантацию стерильных таблеток дисульфирама. При этом у него берут письменное согласие на лечение с предупреждением о том, что прием алкоголя чреват тяжкими осложнениями, не исключающими смертельного исхода.

Неблагоприятные эффекты дисульфирама и его ограниченное использование связаны с возможностью возникновения тяжелых осложнений: гипертонических кризов, приступов стенокардии, коллапсов, судорожных припадков. Длительное применение тетурама может осложниться выраженной астенией, гастритом, реже гепатитом и полиневритами. В качестве других сенсibiliзирующих средств используют метронидазол (трихопол, т.е. противотрихомонадное средство), фуразолидон, циамид, никотиновую кислоту и др. На фоне их действия прием спиртных напитков вызывает реакцию, сходную с тетурам-алкогольной, но более слабо выраженную.

Широкое применение для подавления патологического влечения находят *психотерапевтические методы*. Используются суггестия, гипнотерапия, эмоционально-стрессовая психотерапия. Из современных методов суггестивной терапии популярностью пользуется предложенный М.Эриксоном метод введения в транс с помощью терапевтических метафор и специальных приемов, обеспечивающих «присоединение терапевта к больному и обратную связь». На этих же принципах основана методика нейролингвистического программирования (НЛП). В практике российских наркологов большое распространение получил метод, предложенный А.Р.Довженко, так называемая методика кодирования, основанная на традиционных методах суггестивной терапии в сочетании с косвенным внушением.

Наличие психопатологической симптоматики в структуре первичного патологического влечения к ПАВ (аффективного, вегетативного, идеаторного и поведенческого регистров) требует дополнительного назначения соответствующих *психотропных препаратов*. В зависимости от преобладания и выраженности основных компонентов патологического влечения используются:

- нейролептики — сульпирид (эглонил), клозапин (лепонекс, аза-лептин), хлорпротиксен, этаперазин, тиоридазин (сонапакс), не-улептил, левомепромазин (тизерцин), галоперидол;
- антидепрессанты — амитриптилин, имипрамин (мелипрамин), гепрал, паразидол, кломипрамин (анафранил), флюоксетин (про-зак), мапротилин (лудиомил), пароксетин (паксил), миансерин (леривон) и др.;
- антиконвульсанты (нормотимики) — карбамазепин (финлепсин), вальпроаты (конвулекс), дифенин.

Очень осторожно следует относиться к использованию транквилизаторов и снотворных средств, учитывая возможность перекрестной зависимости. Более того, в последние годы появились данные о возможно-

сти формирования патологического влечения и зависимости от такого ранее широко используемого для лечения алкоголизма и наркоманий антидепрессанта, как тианептин (коаксил). При парентеральном введении токсических доз тианептина развивается опиоподобная картина интоксикации, что подтверждается как субъективными (выраженная эйфория, восприятие мира в «розовом свете», любовь ко всем, желание разговаривать, и в то же время — опиоподобная сонливость, «клевание носом»), так и объективными симптомами (выраженный миоз, кожный зуд, анальгезирующий эффект и т.п.). В случае отмены возникает тяжелое абстинентное состояние с выраженными депрессивными и вегетативными проявлениями, а также сильнейшими болями во всех частях тела.

В терапевтический комплекс могут быть включены витаминотерапия (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота); ноотропные препараты (пантогам, фенибут, пирацетам, ГАМК, пикамилон); гепатопротекторы (гептрал эссенциале), физиотерапевтическое лечение. В случаях срывов, для предупреждения рецидивов заболевания, некоторые исследователи рекомендуют использовать средства, вызывающие *гипертермию* (пирогенал). Введением этого препарата удастся быстро прервать запой, купировать абстинентные явления, после чего начать специальное лечение.

Анализ клинических особенностей становления и поддержания ремиссии у больных, зависимых от ПАВ, показывает, что степень ее глубины, устойчивости и меры, необходимые для поддержания, зависят от стадии заболевания, преморбидных свойств личности и наличия других психопатологических проявлений. Эффективность лечения во многом зависит от внебольничного амбулаторного наблюдения и проведения длительной поддерживающей терапии. Это условие предотвращения рецидива.

Психотерапия многими считается одним из самых действенных методов, способных дать наиболее стойкий результат. Считается, что уже первая беседа с больным должна быть использована как первый сеанс психотерапевтического воздействия. Последующие психотерапевтические беседы должны быть направлены на достижение положительных установок больных на полное воздержание от употребления наркотиков и других средств, вызывающих болезненное пристрастие, а также на систематическое прохождение больным курсов поддерживающего противорецидивного лечения во внебольничных условиях. Ввиду того, что патологическое влечение к ПАВ обычно не устраняется полностью, а лишь подавляется, при неблагоприятных обстоятельствах, например при семейных и служебных конфликтах, возникает желание забыться, уйти от неприятностей. В обстановке вынужденного безделья и скуки (безработица, выход на пенсию и т.д.) под действием психических травм или под влиянием окружающих (прежних собутыльников, участников молодежных группировок) патологическое влечение может вспыхнуть с новой силой. Психотерапевтические методы, применяемые при лече-

нии больных с зависимостью от ПАВ, можно разделить на три главные группы (Валентик Ю.В., 2000), различающиеся по характеру психотерапевтического воздействия.

Первая группа — это *методы манипулятивной стратегии*, основанные на суггестивных и гипносуггестивных способах воздействия. К ним относятся эмоционально-стрессовая психотерапия, метод М.Эриксона, методика нейролингвистического программирования, различные методики «кодирования». Используется также поведенческая психотерапия. Недостатком подобных методик является ограниченность участия в лечебном процессе личности самого пациента.

Вторая группа — это *методы, развивающие личность*. Таких целей позволяют достичь ситуационно-психологический тренинг, когнитивная психотерапия, аналитическая психотерапия, гештальт-психотерапия, экзистенциальный анализ, психодрама, семейная психотерапия, методы социальной интервенции, создание семейных клубов трезвости, движение «Анонимные алкоголики», интегративные методы психотерапии. Используются данные методы как в индивидуальной форме, так и в форме коллективной (групповой) психотерапии. *Индивидуальная форма психотерапии*, предусматривающая личностную ориентированность в отношении больного, призвана не только создать установку на воздержание от ПАВ, но и поддерживать ее, обучая больного способам преодоления актуализации патологического влечения. *Методы коллективной (групповой) психотерапии* призваны обучить больного полноценному существованию в условиях некоторого ограничительного поведения, сформировать новые позиции и ценностные ориентации. Для этих целей используются приемы обсуждения различных вопросов и реальных ситуаций, дискуссии между больными, привлечение родственников больных. Роль родственников больных особенно важна в создании благоприятной внутрисемейной обстановки, укреплении установки больного на трезвость, преодолении явлений созависимости. Эффективны для этих целей *методы семейной психотерапии*. Среди коллективных методов наиболее распространены в мире являются сообщество «Анонимных алкоголиков» (АА) и возникшие позже сообщества «АлАнон» (родственники алкоголиков) и «НарАнон» (родственники наркоманов), в основе деятельности которого лежит так называемая программа «12 шагов», разработанная в США в 1930-е годы. С помощью этой программы удается добиться осознания больными и их родственниками (созависимыми) болезни зависимости, реализации новых жизненных установок, преодоления личных, социальных, семейных проблем, используя поддержку членов группы.

Третья группа — синтетические методы. Говоря о методах психотерапии, следует сказать, что значение имеет не только выбор методики или техники лечения, но и интенсивность, систематичность, активность его проведения.

35.5. Организация оказания наркологической помощи

Медицинская помощь больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией осуществляется амбулаторными и стационарными подразделениями наркологической службы. *Наркологические диспансеры* (или наркологические больницы, имеющие диспансерные отделения и выполняющие функции республиканских, краевых, областных наркологических диспансеров) являются основными звеньями наркологической помощи населению. Работа амбулаторной наркологической службы во всех звеньях строится по участковому принципу.

Основные функции наркологического диспансера:

- выявление и учет больных алкоголизмом и наркоманией, а также лиц, злоупотребляющих лекарственными и другими веществами;
- оказание лечебно-диагностической, консультативной и психопрофилактической помощи больным наркологического профиля амбулаторно, в условиях полустационара или направление больных в наркологический стационар;
- динамическое диспансерное наблюдение учетного контингента.

Принципы специализированной помощи: наиболее раннее и полное выявление и лечение больных; индивидуализированный подход с учетом особенностей личности больного и течения его заболевания; соблюдение преемственности стационарного и амбулаторного лечения, его этапности в зависимости от состояния больного; единство медикаментозного, психотерапевтического и восстановительного лечения.

Амбулаторная наркологическая помощь является основным видом помощи, она включает первичную и вторичную профилактику алкоголизма, нарко- и токсикомании. При своевременном выявлении и привлечении к терапии больных, полноценном купировании абстинентных явлений, запойных состояний в амбулаторных условиях, широком использовании психотерапии, симптоматических средств и активных методов лечения в сочетании с социальными и реабилитационными мероприятиями не менее 70% состоящих на учете больных могут успешно лечиться амбулаторно и не нуждаются в госпитализации (Энтин Г., 1990).

В составе наркологического диспансера есть штатный психиатр-нарколог, оказывающий помощь детям и подросткам, злоупотребляющим алкоголем, наркотическими и токсическими веществами. Подростки состоят на диспансерном и профилактическом учете до 18 лет, а затем их переводят под наблюдение врачей-наркологов, обслуживающих взрослое население. Основная задача подросткового наркологического кабинета — профилактическая работа в школах, средних специальных учебных заведениях и ПТУ. Подростковый врач-нарколог работает в тесном контакте с инспекцией по делам несовершеннолетних и соответствующими комиссиями, родителями подростков, наблюдающихся в кабинете, педагогами школ. Данный специалист имеет подготовку не

только по наркологии, но и по детской и подростковой психиатрии. В штате подросткового кабинета есть психолог, который помимо специального психологического обследования подростков для уточнения диагноза проводит психокоррекционную работу с детьми и подростками.

Госпитализируют пациентов в специализированные отделения. Стационарному лечению подлежат все первично выявленные больные наркоманией и токсикоманией, а также больные, повторно начинающие лечение от наркомании. Госпитализация обеспечивает изоляцию больных и исключает получение наркотических веществ. Этапы терапии: предварительный этап (проводится в стационаре) — дезинтоксикационная, общеукрепляющая, стимулирующая терапия в сочетании с прекращением приема наркотического вещества; основное активное антинаркотическое лечение и поддерживающая терапия проводятся амбулаторно, обязательно включают психотерапию и реабилитационные мероприятия.

Приложения

Приложение 1

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) (основные рубрики и краткое пояснение к ним)

Код	Диагностические рубрики МКБ-10	Краткое пояснение
F0 (F00–F09)	Органические, включая симптоматические, психические расстройства	
F00	Деменция при болезни Альцгеймера	Слабоумие вследствие дегенеративных процессов в головном мозге
F03	Деменция неуточненная	Органическое поражение головного мозга со слабоумием
F04	Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами	Синдром Корсакова
F05	Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами	
F06.0	Органический галлюциноз	
F06.1	Органическое кататоническое состояние	Кататоноподобное возбуждение или ступор
F06.2	Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство	
F06.3	Органические расстройства настроения (аффективные)	Маниакальное, биполярное, депрессивное или смешанное расстройство
F06.4	Органическое тревожное расстройство	Тревожные и панические расстройства органической природы
F06.5	Органическое диссоциативное расстройство	Конверсионное (истерическое) расстройство органической природы
F06.6	Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство	

F06.7	Легкое когнитивное расстройство	Включает нарушения памяти, трудности в обучении и сосредоточении внимания
F06.9	Психическое расстройство, обусловленное повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (неуточненное)	Включаются состояния с недостаточно четкой синдромальной структурой, не отвечающие критериям других рубрик
F07.0	Расстройства личности и поведения, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга	Психопатоподобный синдром. Изменения могут быть резидуальными или сопутствующими органическому поражению головного мозга
F07.1	Постэнцефалитический синдром	Недомогание, апатия или раздражительность сочетаются с когнитивными и неврологическими расстройствами
F07.2	Посткоммоционный синдром	Травматическая энцефалопатия, возникающая вслед за травмой головы
F07.8	Другие органические расстройства личности или поведения, обусловленные заболеванием, повреждением и дисфункцией головного мозга	Органический психосиндром
F09	Органическое или симптоматическое психическое расстройство неуточненное	Органический или симптоматический психоз
F1 (F10–F19)	Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ	Раздел включает разнообразные расстройства, тяжесть которых варьирует от неосложненного опьянения и употребления с вредными последствиями до выраженных психотических расстройств и деменции
F2 (F20–F29)	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	
F20.0	Параноидная шизофрения	
F20.1	Гебефреническая (гебефренная) шизофрения	
F20.2	Кататоническая шизофрения	
F20.3	Недифференцированная шизофрения	Атипичная шизофрения, отвечает общим критериям шизофрении, но не подходит к другим формам, включается ранняя параноидная (злокачественная) шизофрения

F20.5	Резидуальная (остаточная) шизофрения	Хроническая недифференцированная шизофрения, конечные состояния при хронической шизофрении
F20.6	Простая шизофрения или «симплекс»-шизофрения	Простой вариант злокачественной шизофрении с преобладанием негативных клинических проявлений
F21	Шизотипическое расстройство	Включаются пограничная, латентная, предпсихотическая шизофрения, шизотипическое личностное расстройство
F21.3	Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения	
F21.4	Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения	
F22	Хронические бредовые расстройства	Группа гетерогенная по происхождению, бред является яркой или единственной клинической характеристикой, включаются паранойяльная шизофрения, инволюционный параноид
F23	Острые и транзиторные психотические расстройства	Включаются острая приступообразная шизофрения, в том числе с онейроидом, реактивный параноид
F24	Индукированное бредовое расстройство	
F25	Шизоаффективное расстройство	Одновременно выражены как аффективные, так и шизофренические проявления
F3 (F30–F39)	Расстройства настроения (аффективные расстройства)	Включаются расстройства, в отечественной классификации соответствующие маниакально-депрессивному психозу с биполярным и рекуррентным (маниакальным и депрессивным) типом течения, а также циклотимия (хроническая нестабильность настроения) и дистимия, соответствующая невротической депрессии или депрессивному неврозу в отечественной классификации
F4 (F40–F48)	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	Объединены с силу их исторической связи с концепцией неврозов и связи части расстройств с психогениями
F40	Фобические тревожные расстройства	Соответствуют неврозу навязчивых состояний в отечественной классификации
F40.0	Агорафобия	Совокупность взаимосвязанных фобий (открытых пространств, толпы, публичного беспомощного состояния и др.)

F40.1	Социальные фобии	Навязчивый страх испытать внимание со стороны окружающих в связи с покраснением лица, возможной рвотой, упусканьем мочи, кишечных газов и т.п.
F40.2	Специфические (изолированные) фобии	Включаются: фобии животных и насекомых, клаустрофобия, фобия экзаменов и т.д.
F41	Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)	Повторные приступы тревоги с выраженными вегетативными расстройствами, страхом смерти, возможной деперсонализацией и страхом безумия
F42	Обсессивно-компульсивное расстройство	Основными являются навязчивые мысли и действия, включая ритуалы
F43	Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	Реакция на исключительно сильное стрессовое событие, включает аффективно-шоковые расстройства, реактивную депрессию
F43.1	Посттравматическое стрессовое расстройство	Возникает как отставленная или затяжная реакция на тяжелый стресс (катастрофы, пытки, терроризм, изнасилование)
F44	Диссоциативное (конверсионное) расстройство	Соответствует истерическому неврозу или истерическому психозу в отечественной классификации
F45	Соматизированное расстройство	Наличие множественных видоизменяющихся соматических симптомов, не связанных с органической патологией. Включает соматизированную (ларвированную) депрессию, соматоформные дисфункциональные расстройства, ипохондрию
F48	Неврастения	
F5 (F50–F59)	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	Включает такие расстройства, как нервная анорексия и булимия, нарушения сна, сексуальные дисфункции, расстройства, связанные с родами, и др.
F6 (F60–F69)	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	Соответствует психопатиям в отечественной классификации
F60.0	Параноидное расстройство	Паранойальная психопатия
F60.1	Шизоидное расстройство	Шизоидная и аутистическая психопатия
F60.2	Диссоциальное расстройство личности	Социопатия, асоциальное расстройство личности

F60.3	Эмоционально-неустойчивое расстройство личности	Возбудимая психопатия
F60.4	Истерическое (гистрионное) расстройство личности	Истерическая психопатия
F60.5	Обсессивно-компульсивное расстройство личности	Психастеническая (ананкастная) психопатия
F60.6	Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности	Психастеническая психопатия
F60.7	Зависимое расстройство личности	Астеническая психопатия
F61	Смешанное расстройство личности	Мозаичная психопатия
F63	Расстройства привычек и влечений	Включает нарушения поведения, не учитываемые в других рубриках (патологическое влечение к азартным играм, поджогам и др.)
F64	Расстройства половой идентификации	Транссексуализм
F65	Расстройства сексуального предпочтения	Включает сексуальные девиации, педофилии
F7 (F70–F79)	Умственная отсталость	Прежнее название – олигофрения (дебильность, имбецильность, идиотия)
F8 (F80–F89)	Расстройства психологического (психического) развития	Полиморфная группа, включает специфические расстройства речи, школьных навыков, детский аутизм
F9 (F90–F98)	Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте	Включает синдром дефицита внимания с гиперактивностью, расстройства поведения, социального функционирования (тики, энурез, энкопрез, заикание и др.)

Приложение 2

Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации

Утвержден Постановлением Правительства РФ №681 от 30.06.98 г.

Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список I).

Наркотические средства

Аллилпродин
Альфапродин
Альфаметадол
Альфа-метилфентанил
Альфа-метилтиофентанил
Альфапродин
Альфацетилметадол
Анилэридин
Ацетил-альфаметилфентанил
Ацетилгидрокодеин
Ацетилированный опий
Ацетилкодеин
Ацетилметадол
Ацеторфин
БДБ [L-(3,4-метилendioксифенил)-2-бутанамин]
Безитрамид
Бензетидин
Бензилморфин
Бета-гидрокси-3-метилфентанил
Бета-гидроксифентанил
Бетамепродин
Бетаметадол
Бетапродин
Бетацетилметадол
Гашиш (анаша, смола каннабиса)
Героин (диацетилморфин)
Гидрокодон
Гидрокодона фосфат
N-гидрокси-МДА
Гидроморфинол
Гидроморфон
Дезоморфин

Диампромид
Диацетилморфин (героин)
Дигидроморфин
Диеноксидол
N-Диметиламфетамин
Димепгептанол
Диметилтиамбутен
Диоксафетил бутират
Дипипанон
Дифеноксин
Диэтилтиамбутен
ДМА (d, L-2,5-диметокси-альфа-метил-фенил-этиламин)
ДМГП (диметилгептилпиран)
ДМТ (диметилтриптамин)
ДОБ (d, L-2,5-диметокси-4-бром-амфетамин)
ДОХ (d, L-2,5-диметокси-4-хлор-амфетамин)
ДОЭТ (d, L-2,5-диметокси-4-этил-амфетамин)
Дротебанол
ДЭТ (N,N-диэтилтриптамин)
Изометадон
Каннабис (марижуана)
Кат
Кетобемидон
Клонитазен
Кодоксим
Кокаиновый куст
Кустарно изготовленные препараты из эфедрина или из препаратов, содержащих эфедрин
Кустарно изготовленные препараты из псевдоэфедрина или из препаратов, содержащих псевдоэфедрин
Левометорфан
Левоморамид
Леворфанол (леморан)
Левофенацилморфан
Лизергиновая кислота и ее производные
d-Лизергид (ЛСД, ЛСД-25)
Лист кока
Маковая солома
Масло каннабиса (гашишное масло)
МБДБ [N-метил-1-(3,4-метилendioксифенил)-2-бутанамином]
МДА (тенамфетамин)
МДМА (d, L-3,4-метилendioкси-N-альфа-диметил-фенил-этиламин)
3-Моноацетилморфин
6-Моноацетилморфин
Мескалин

Метадон
d-Метадон
L-Метадон
Метадона промежуточный продукт (4-циано-2-диметиламино-4,4-дифенилбутан)
Метазоцин
Метамфетамин
Метилдезорфин
Метилдигидроморфин
3-Метилтиофентанил
3-Метилфентанил
N-Метилэфедрон
Метопон
Мирофин
Млечный сок разных видов мака, не являющихся опийным или маслянистым маком, но содержащих алкалоиды мака, включенные в списки наркотических средств и психотропных веществ
ММДА (2-метокси-а-4-метил 4,5-(метилендиокси)-фенетиламин)
Морамида, промежуточный продукт (2-метил-3-морфолин-1,1-дифенил-пропан-карбоновая кислота)
Морферидин
Морфин метилбромид
Морфин-N-окись
МППП [1-метил-4-фенил-4-пиперидинол пропионат (эфир)]
Никодикодин
Никокодин
Никоморфин
Норациметадол
Норкодеин
Норлеворфанол
Норметадон
Норморфин
Норпипанон
Оксикодон (текодин)
Оксиморфон
Опий (в том числе медицинский) — свернувшийся сок опийного или маслянистого мака
Опийный мак (растение вида *Papaver somniferum L*)
Орипавин
Пара-флуорофентанил (пара-фторфентанил)
Парагексил
ПЕПАП [L-фенэтил-4-фенил-4-пиперидинол ацетат (эфир)]
Петидин
Петидина промежуточный продукт А (4-циано-1-метил-4-фенил-пиперидин)
Пиминодин

Плодовое тело (любая часть) любого вида грибов, содержащих псилоцибин и(или) псилоцин

ПМА (4-метокси-альфа-метилфенил-этиламин)

Прогептазин

Проперидин

Пропирам

Псилоцибин

Псилоцин

Рацеметорфан

Рацеморамид

Рацеморфан

Ролициклидин

2С-В (4-бром-2,5-диметоксифенетиламин)

СТП (ДОМ) [2-амино-1-(2,5-диметокси-4-метил)-фенилпропан]

Тебакон

Теноциклидин

Тетрагидроканнабинол (все изомеры)

Тиофентанил

ТМА (d, L-3,4,5-триметокси-альфа-метилфениламин)

Фенадоксон

Фенадон

Феназоцин

Фенампромид

Фенатин

Фенциклидин

Феноморфан

Феноперидин

Фолькодин

Фуретидин

Экгонин, его сложные эфиры и производные, которые могут быть превращены в экгонин и кокаин

Экстракт маковой соломы (концентрат маковой соломы)

N-ЭТИЛ-МДА [d,L-N-этил-альфа-метил-3,4-(метилендиокси)-фенетиламин]

Этилметилтиамбутен

Этициклидин

Этоксеридин

Этонитазен

Эторфин

Этриптамин

Эфедрон (меткатинон)

Психотропные вещества

Дексамфетамин

Катин (d-норпсевдоэфедрин)

Катинон (L-альфа-аминопропиофенон)

Левамфетамин

Меклоквалон

Метаквалон

4-Метиламинорекс

Метилфенидат (риталин)

Изомеры (если таковые определено не исключены) наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в данном списке, в тех случаях, когда существование таких изомеров возможно в рамках данного химического обозначения

Эфиры сложные и простые наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в данном списке

Соли всех наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в данном списке, если существование таких солей возможно

Все смеси, в состав которых входят наркотические средства и психотропные вещества данного списка, независимо от их количества

Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список II).

Наркотические средства

р-Аминопропиофенон (PAPP) и его оптические изомеры (антидот против цианидов)

Альфентанил

Амфетамин (фенамин) и комбинированные лекарственные препараты, содержащие фенамин (амфетамин)

Бупренорфин

Глутетимид (ноксирон)

Декстроморамид

Декстропропаксифен (ибупроксирон, проксивон, спазмопроксивон)

Дигидрокодеин

Дифеноксилат

Кодеин

Кодеина фосфат

Кокаин

Кокаина гидрохлорид

Кодеин N-окись

Морфин

Морфина гидрохлорид

Морфина сульфат

Морфилонг

Омнопон

Пептазоцин

Проперидин

Пропирам

Просидол

Пиритрамид (дипидолор)

Реазек

Свечи тилидина в разных дозировках

Сомбревин

Суфентанил

Таблетки «Алиагон» (кодеина фосфата 20 мг, кофеина 80 мг, фенобарбитала 20 мг, кислоты ацетилсалициловой 20 мг)

Таблетки (кодеина камфосульфоната 0,025 г, сульфатгваякола калия 0,100 г, густого экстракта гринделии 0,017 г)

Таблетки кодеина 0,03 г + парацетамола 0,500 г

Таблетки кодеина фосфата 0,015 г + сахара 0,25 г

Таблетки кодеина 0,01 г, 0,015 г + сахара 0,25 г

Таблетки кодеина 0,015 г + натрия гидрокарбоната 0,25 г

Таблетки «Кодтерпин» (кодеина 0,015 г + натрия гидрокарбоната 0,25 г терпингидрата 0,25 г)

Таблетки от кашля. Состав: травы термопсиса в порошке — 0,01 г (0,02 г), кодеина — 0,02 г (0,01 г), натрия гидрокарбоната — 0,2 г, корня солодки в порошке — 0,2 г

Тебаин

Тилидин

Тримеперидин (промедол)

Фентанил

Этилморфин

Эскодол

Эстоцин

Эстоцина гидрохлорид

Этилморфина гидрохлорид

Психотропные вещества

Амобарбитал (барбамил)

Амфепрамон (фепранон, диэтилпропион)

Кетамин

Кетамина гидрохлорид (калипсол, кеталар)

Таблетки (барбамила 0,15 г + бромизовала 0,15 г)

Фенметразин

Фентермин

Этаминал натрия

Хальцион (триаолом)

Соли всех наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в данном списке, если существование таких солей возможно

Список психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение неко-

торых мер контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список III).

Аминорекс

Апрофен

Бензфетамин

Галотан (фторотан)

Декстрометорфан

Левамфетамин

Лефетамин

Мазиндол

Мефенорекс

Натрий оксибутират и другие соли оксимасляной кислоты

Пентобарбитал

Пипрадрол

Тарен

Фендиметразин

Фенпропорекс

Ципепрол

Этиламфетамин

Соли веществ, перечисленных в данном списке, если существование таких солей возможно

Список прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список IV).

Ангидрид уксусной кислоты

Антраниловая кислота

N-ацетилантраниловая кислота

Ацетон

Изосафрол

Красный фосфор

Лизергиновая кислота*

N-Метилэфедрин

3,4-Метилендиоксифенил-2-пропанон

Метилэтилкетон (2-бутанон)

Норпсевдоэфедрин*

Перманганат калия

Пиперопаль

Пиперидин

Псевдоэфедрин*

Сафрол

Серная кислота, исключая ее соли

* Включая соли, если образование таких солей возможно.

Соляная кислота, исключая ее соли
Толуол
Фенилуксусная кислота
Фенилпропаноламин*
1-Фенил-2-пропанон
Эргометрин (эргоновин)*
Эрготамин*
Этиловый эфир
Эфедрин

Примечания:

1. Контроль распространяется на все средства и вещества, указанные в настоящем перечне, какими бы фирменными названиями (синонимами) они не обозначались.

2. Контроль распространяется также на препараты, содержащие средства и вещества, указанные в настоящем перечне, независимо от их количества и наличия нейтральных компонентов (вода, крахмал, сахар, бикарбонат натрия, тальк и т.п.).

В отношении комбинированных лекарственных препаратов, содержащих кроме основного контролируемого вещества другие фармакологически активные компоненты, контроль устанавливается в индивидуальном порядке путем включения данного комбинированного лекарственного препарата в соответствующий список настоящего перечня.

3. Транзит через территорию Российской Федерации наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, включенных в настоящий перечень, запрещается.

Литература

- Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. — М.: Миклош, 2007. — 278 с.
- Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. — М.: Медицина, 1971. — 128 с.
- Ганнушкин П.Б. Избранные труды / Под ред. О.В.Кербикова. — М.: Медицина, 1964. — 252 с.
- Гиляровский В.А. Психиатрия. — 4-е изд. — М.: Медгиз, 1954. — 520 с.
- Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
- Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. — М.: Медицина, 1977. — 168 с.
- Жмуров В.А. Психические нарушения. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 1015 с.
- Зейгарник Б.В. Патопсихология. — 2-е изд. — М.: Изд-во МГУ, 1986. — 287 с.
- Каннабих Ю.В. История психиатрии. — М.: Госмедиздательство, 1928. — 411 с.
- Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. — СПб.: Научно-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева, 1998. — 252 с.
- Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия / Пер. с англ. — М.: Медицина, 2002. — Т. 1. — 672 с., Т. 2. — 528 с.
- Карвасарский Б.Д. Психотерапия: Учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2007. — 672 с.
- Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. — М., 1997. — 360 с.
- Кербиков О.В. Лекции по психиатрии. — М.: Медгиз, 1949. — 179 с.
- Кербиков О.В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 311 с.
- Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М.: Медицина, 1985. — 286 с.
- Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
- Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. — М.: Медицина, 1986. — 176 с.
- Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. — М.: БИНОМ, 2004. — 496 с.
- Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. — М.: Медицина, 1970. — 222 с.
- Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 416 с.
- Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 215 с.
- Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — Л.: Медицина, 1985. — 413 с.
- Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
- Марилов В.В. Психосоматозы. — М.: Миклош, 2007. — 152 с.
- Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию. — Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998. — 424 с.
- Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. — М.: Восток, 1996. — 288 с.
- Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С.Васильченко. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1997. — 522 с.

- Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — 712 с., Т. 2. — 784 с.
- Семке В.Я. Превентивная психиатрия. — Томск: Изд-во Томского ун-та, 1999. — 403 с.
- Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 564 с.
- Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина, 1987. — 239 с.
- Судебная психиатрия / Под ред. Б.В.Шостаковича. — М., 1997. — 385 с.
- Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медицина, 1974. — 320 с.
- Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
- Ушаков Г.К. Детская психиатрия. — М.: Медицина, 1973. — 392 с.
- Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.
- Фрейд З. Избранное. — М.: Внешторгиздат, 1989. — 448 с.
- Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977. — 216 с.

Алфавитный указатель

А

- Абсанс, 197, 207, 367
- Абсанс-эпилепсия, 367
- Абулия, 180, 378
- Автоматизм идеаторный (сенсорный, моторный) (см. Синдром психического автоматизма), 142–143
- Автоматизмы амбулаторные, 199, 207, 368
- Агорафобия, 148, 447, 728
- Агранулоцитоз, 66, 76, 622
- Аддикция (см. Зависимость), 635, 637
- Акинезия, 190
- Акоазмы, 114, 119, 672
- Акромегалия, 535
- Акселерация, 151, 516, 519
- Алгии истерические, 442, 582, 681, 717
- Алекситимия, 61, 275
- Алкоголизм (алкогольная зависимость)
 - вторичный (симптоматический), 665
 - диагностика, 661–662
 - классификация форм, 652–654
 - особенности возрастно-половые, 662–664
 - прогноз, 662
 - психозы алкогольные (металкогольные), 668–677
 - стадии, 648
 - типы течения, 661
- Алкогольное опьянение
 - атипичное, 649–652
 - патологическое, 650–651
 - простое (типичное), 648–649
 - экспертиза опьянения, 651

Аменция

- инфекционная, 206, 288, 304, 346, 347, 602, 671

Амнезия

- антероградная, 159
- прогрессирующая, 160
- ретроградная, 159, 160
- фиксационная, 160, 161

Анамнез субъективный и объективный, 57–59

Анозогнозия, 202, 313, 351

Анорексия

- нервная, 566–573, 584–585

Антидепрессанты, 237–240

Астения при соматогениях, 290, 349

Атеросклероз церебральный

- нарушения неврологические, 162, 316
- соматические, 292, 456

Аутизм детский

- Аспергера, 523–525
- Каннера, 523–525

Афазия

Аффект

- патологический, 168
- физиологический, 168

Б

Бессвязность мышления, 130

Белая горячка (см. Делирий алкогольный)

Бешенство, 305

Болезнь(и)

- Альцгеймера, 335–340
- Бейля, 310–311
- Дауна, 530–531
- Пика, 340–343
- Симмондса, 356

- Тея–Сакса, 535
- Бред
 - аффективный, 137
 - богатства, 139
 - величия, 139
 - воздействия, 139
 - высокого происхождения («чужих родителей»), 139
 - гибели мира, 212
 - депрессивный, 137
 - изобретательский, 139
 - индуцированный, 140
 - инсценировки, 205
 - ипохондрический, 140
 - конформный, 483
 - Котара, 330
 - любовный (эротический), 139
 - материального ущерба, 138
 - мегаломанический, 330
 - мучительного бессмертия (см. Бред Котара), 330
 - нигилистический (отрицания), 330
 - образный (см. Бред чувственный), 136
 - одержимости, 140
 - особого значения, 138
 - отношения, 138
 - отравления, 138
 - персекуторный (см. Бред преследования), 138
 - преследования, 138, 145
 - ревности, 139
 - резидуальный, 140
 - реформаторский, 139
 - самоуничужения, 139
 - сутяжный (кверулянтный), 139
 - фантастический, 206
 - физического недостатка (дисморфоманический), 140
 - чувственный, 136
 - экспансивный, 137
- Бредоподобные фантазии, 152, 153, 426

Бонгеффера концепция экзогенного типа реакций, 104, 287, 345

Булимия

- нервная, 182, 585–586

В

Вербигерация, 130, 191

Влечения

- импульсивные, 185
- навязчивые (компульсивные), 186

Влечений расстройства, 182–189

Внимание, нарушения, 157

Возбуждение

- гебефреническое, 193, 612
- кататоническое, 193, 195, 612
- маниакальное, 193, 612
- психогенное реактивное при катастрофе, 613
- тревожное, 613
- эпилептиформное, 288, 613

Воля

- абулия, 180
- гипербулия, 181
- гипобулия, 181
- парабулия, 181

Восприятия, расстройства, 111–113

Г

Галактоземия, 534

Галлюцинации

- аутоскопические, 116
- висцеральные, 115
- вкусовые, 115
- внушенные, 116
- вызванные приемом ПАВ, 695
- гипнагогические, 115
- зрительные, 114
- императивные, 114
- истинные, 116, 121
- комментирующие, 114
- комплексные, 116

- обонятельные, 115
- псевдогаллюцинации, 117, 122
- слуховые, 114
- тактильные, 115
- угрожающие, 114
- функциональные, 115
- экстракампинные, 116

Галлюциноз

- слуховой алкогольный, 672–673

Гаргоилизм, 535

Гемблинг (см. Лудомания), 187

Гипербулия, 181

Гиперметаморфоз, 157

Гипобулия, 181

Гипокинезия, 190

Гипомании, 143

Д

Движение «Анонимные алкоголики», 270, 710, 723

Дебильность, 70, 529

Девиации сексуальные

- групповой секс, 500
- онанизм (патологическая мастурбация), 500
- петтинг, 500
- промискуитет, 500
- фроттеризм, 500

Дееспособность, 100

Действие(я)

- аутоагрессивные, 184
- аутодеструктивные, 184
- дипсомания, 186
- дромомания, 185
- импульсивное, 185
- клептомания, 185
- копролалия, 186
- мифомания, 186
- пиромания, 185

Делирий

- абортивный, 205
- алкогольный, 668–672
- димедроловый, 696
- интоксикационный, 363

- инфекционный, 304–305

- мусситирующий, 205

- профессиональный, 205

- циклодоловый, 695

Деменция

- органическая, 163
- пресенильная (см. Болезнь Альцгеймера и Болезнь Пика), 339–343
- сенильная, 335–339

Деперсонализация

- аллопсихическая (см. Дерееализация), 211
- аутопсихическая, 212
- витальная, 212
- соматопсихическая, 212

Депрессия

- адинамическая, 173, 175
- анаклитическая, 430
- апатическая, 173
- маскированная, 173
- невротическая, 450–452
- реактивная, 418, 426–430
- тревожная, 173, 177

Дереализация, 211

Дефект личности, 55, 221–223

Деятельность автоматизированная

- бессознательная, 200
- по типу «короткого замыкания», 181

Дизартрия, 310

Дипсомания, 186

Дислалия, 542

Дисфория, 170

З

Задержка психического развития, 517–524

Зависимость от психоактивных веществ, 637–642

Заикание

- клонико-тоническое, 552
- невротическое, 552–554
- тонико-клоническое, 552

Закупорка мышления, 126

Запои истинные (см. Дипсомания), 186, 654

Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости, 603–605

И

Идеи

– бредовые, 134

– бредоподобные, 137

– навязчивые, 147–150

– сверхценные, 146–147

Идиотия, 530

Иллюзии

– аффективные, 112

– вербальные, 112

– парейдолические, 112

Имбецильность, 70, 730

Импотенция психогенная, 594

Инстинкт самосохранения, нарушения, 184

Интеллект

– расстройства, 161–166

Инфантилизм

– гармоничный, 519

– дисгармоничный, 519

– органический, 519

Инцест, 506

К

Каталепсия, 258

Кризисы возрастные, 516–517

Кретинизм

Криptomнезия, 161

Кома

– интоксикационная, 360

Конфабуляции, 161

Копрофагия, 184

«Короткое замыкание», 181

Л

Личность, тип

– аффективно-лабильный, 217

– гипертимный, 217

– истероидный, 217

– конформный, 217

– неустойчивый, 217

– преморбидный, 216

– психастенический, 217

– сенситивный, 217

– смешанный, 217

– циклоидный, 217

– шизоидный, 217

– эмоционально-лабильный, 217

– эпилептоидный, 217

Логоклония, 340

ЛСД, 693

Лудомания (см. Гемблинг), 187

М

Менингит

– при сифилисе мозга, 75, 309

Менингоэнцефалит

– при сифилисе мозга, 309

Метаморфопсии, 112

Микроцефалия врожденная, 532

Мория, 294

Мутизм, 191

Мышление

– инкогерентное (см. Бессвязность мышления), 130

– разорванное, 128

Мышления

– вязкость, 127, 131

– закупорка, 126

– расстройства формальные, 125–134

– персеверация, 130

Н

Навязчивости контрастные, 150

Навязчивости

– действия, 150

– мысли, 150

– сомнения, 149

– состояния, особенности сравнительно-возрастные, 154–155

- страхи, 148
- Навязчивый счет, 150
- Наркомания(и)
 - амфетаминовая, 687–693
 - барбитуромания, 697–700
 - каннабиноидная, 683–687
 - кокаиновая, 687–693
 - опийная, 678–683
 - первитиновая, 687–693
 - эфедроновая, 687–693
- Наркотики, классификация, 634
- Нарушение
 - влечений, 182–189
 - личности, 215–226
 - самосознания (см. Деперсонализация), 210–214
 - сознания, 200–210
- Настроения расстройства
 - апатия, 171
 - бесчувствие психическое болезненное, 170
 - гипертимия, 170
 - гипотимия, 170
 - дисфория, 170
 - тревога, 170
 - эйфория, 170
 - эмоциональная монотонность, 171
 - эмоциональное бесчувствие, 171
- Невменяемость, 99
- Невротические расстройства (неврозы)
 - астенические (неврастения), 437–440
 - депрессивные, 450–452
 - истерические (конверсионные), 440–448
 - обсессивно-фобические, 448–450
 - особенности сравнительно-возрастные, 461–465
 - системные у детей, 465
- Неврозоподобная шизофрения, 457, 584

Неврозоподобные нарушения при соматогениях, 348–350

О

- Обнубиляция, 203
- Обсессии, 62, 148
- Обследование экспериментально-психологическое, 68–72
- Оглушение, 203
 - интоксикационное, 360
 - при опьянении, 649
 - при травме, 288
- Олигофазия, 371
- Олигофрения, вследствие
 - вредных воздействий в период внутриутробного развития, 536–539
 - врожденного сифилиса, 536
 - поражения хромосомного аппарата, 530–532
 - раннего постнатального поражения головного мозга, 537
 - резус-конфликта, 537
 - токсоплазмоза, 536
- Онейроид, 205–206
- Ониомания (см. Шопоголизм), 187
- Отказ от еды, 225, 569
- Ощущение, нарушения, 109–111

П

- Память, нарушения
 - амнезия
 - – антероградная, 159
 - – прогрессирующая, 160
 - – ретроградная, 159
 - – фиксационная, 160
 - парамнезии, 160–161
- Панические атаки, 199
- Параличи истерические, 420, 441
- Паралич прогрессивный
 - в детском возрасте, 311
 - в юношеском возрасте, 311
 - изменения серологические, 311

- нарушения
- — неврологические, 310
- — соматические, 310
- стадии, 310—311
- течение, 310
- форма, 310
- — ажитированная, 310
- — атипичная, 310
- — дементная, 310
- — депрессивная, 310
- — циркулярная, 310
- — экспансивная, 310
- Парабулия, 181
- Парамимия, 172
- Парамнезии
- конфабуляции, 161
- криптомнезия, 161
- псевдореминисценция, 161
- эйдетизм, 142
- Параноиды
- инволюционные, 331
- интоксикационные, 360
- реактивные, 430—431, 435
- острые, 669
- у детей и подростков, 431
- Паранойя алкогольная, 669, 674
- Парафилии
- вуайеризм, 505
- другие расстройства полового предпочтения, 507
- истинные, 498
- ложные, 499
- педофилия, 506
- садомазохизм, 506
- фетишизм, 503
- фетишистский трансвестизм, 504
- эксгибиционизм, 504
- Парорексия, 183
- Полидипсия психогенная, 184
- Помощь психиатрическая вне-больничная
- неотложная, 86
- стационарная, 88
- Помрачение сознания
- аментивное, 206
- делириозное, 204
- онейроидное, 205—206
- сумеречное, 207
- Приступы
- аффективно-респираторные, 371
- психосенсорные, 112
- шизофренические, 380
- Припадок(ки)
- абортивный, 197
- адверсивный, 198
- акинетический, 197
- генерализованный, 199
- джексоновский, 198
- истерический, 198
- катаплексический, 197
- кожевниковская судорога, 199
- малые, 197
- нарколептический, 197
- очаговые, 198
- пикнолептический, 197
- психомоторные, 199
- снохождение, 199
- судорожный, 196
- эпилептический, 198
- Псевдогаллюцинации, 117
- Псевдодеменция, 426
- Псевдореминисценции, 161
- Психика, развитие
- асинхронное, 515
- синхронное, 515
- этапы, 514
- Психалгии, 444
- Психическая травма, 419
- Психическое развитие, задержка при
- глухоте, 522
- психогенных воздействиях, 521
- раннем поражении головного мозга, 521
- слепоте, 522
- Психогенные реакции аномальные, 351, 422
- Психоз(ы)
- аффективно-бредовые, 405—415

- гашишные, 686—687
- инволюционные, 329—331
- инфекционные, 304—308
- истерические, 43, 418, 425—426
- корсаковский, 669, 675
- маниакально-депрессивный, 405—409
- металкогольные, 668—677
- пресенильные, 329—331
- реактивные, 418, 424—436
- травматические, 54, 287
- функциональные
 - — позднего возраста, 332—334
 - — старческие, 332—334
- шизоаффективные, 387
- эпилептические, 198

Психомоторики формирование, 190, 193—194

Психопатия(и)

- астеническая, 483—484
- возбудимая (эксплозивная), 475—477
- истерическая, 477—479
- конституциональные (ядерные), 220
- краевые (нажитые), 220
- критерии, 467
- мозаичная, 484
- неустойчивая, 474
- органические, 477, 489
- паранойяльная, 471—472
- психастеническая, 479—482
- шизоидная, 472—473
- эпилептоидная, 471

Психопатоподобные состояния при гипертонической болезни, 159, 207, 316, 320

Психотерапия, 254—277

Психопрофилактика, 277—283

Психофармакотерапия, 229—249

Пуэрилизм, 426

Р

Развитие личности невротическое

- патохарактерологическое, 218—221

Расстройства

- аффективные, 167—175
- волевые, 180—182
- внимания, 156—158
- восприятий, 111—113
- двигательные, 192—195
- дефицитарные, 666
- интеллекта, 161—166
- интоксикационные, 359—364
- климактерические, 326—229
- личности и поведения, 215—226, 466—496
- невротические, 436—465
- негативные, 105, 106
- непсихотические, 348—357
- ощущений, 109—111
- памяти, 158—161
- панические, 199, 448
- пароксизмальные, 366—369
- пограничные, 267
- позднего возраста, 324—343
- посттравматические стрессовые, 422—424
- продуктивные, 104, 106
- представлений, 113—118
- соматогенные, 348—357
- при инфекциях мозговых, 304—308
- при катастрофах (см. Посттравматическое стрессовое расстройство), 422—424
- при опухолях головного мозга, 299—303
- при параличе прогрессивном, 308, 310—311
- при сифилисе мозга, 308—311
- при соматических заболеваниях, 348—357
- при сосудистых заболеваниях головного мозга, 316—323
- при СПИДе, 312—315
- соматизированные, 606—610
- соматоформные, 606—610

- травматические у детей и подростков, 292–297
- психомоторные, 190–199
- психопатоподобные, 221–223
- психосексуальные, 592–599
- психосенсорные, 112
- схемы тела, 113
- физиологических отправлений (см. Энурез, Энкопрез)
- формального мышления, 123–134
- чувственного познания, 109–122

Расстройство личности

- ананкастное (обсессивно-компульсивное), 479–481
- диссоциальное, 474
- зависимое, 483–484
- истерическое, 477–479
- параноидное, 471–472
- смешанное, 484
- тревожное (уклоняющееся), 482
- шизоидное, 472–473
- эмоционально-неустойчивое (импульсивный тип), 475–477

Реакции аффективно-шоковые, 419–422

Резонерство, 127

Ретардация, 515

Рефлексия, 201

С

Самосознание, нарушения (см. Деперсонализация)

Сенестопатии, 110

Симптом

- Аргайла Робертсона, 311
- воздушной подушки, 190
- Павлова, 191

Синдром

- абстинентный, 636
- абстинентный алкогольный (купирование), 657–658

- амнестический (см. Синдром Корсакова), 675, 726
 - апатико-абулический, 301
 - астенический, 105
 - большой наркоманический, 637
 - Ганзера, 208, 425
 - гебефренический, 107
 - гебоидный, 559–561
 - депрессивный, 172–174
 - Жилля де ля Туретта, 550–552
 - ипохондрический, 110
 - Клайнфелтера, 531
 - Корсакова, 675, 726
 - Котара, 144, 330
 - маниакальный, 174–175
 - Мюнхгаузена, 442, 444
 - нейролептический, 232
 - нейролептический злокачественный, 232
 - обсессивно-фобический, 446–450
 - паранойяльный, 141
 - параноидный, 141
 - парафренный, 143
 - патологического фантазирования, 106, 522, 578
 - психического автоматизма (Кандинского–Клерамбо), 142–143
 - психической зависимости, 637
 - психоорганический, 164–165
 - психоэндокринный, 355
 - регресса психики («одичания»), 426
 - Ретта, 525
 - «трипло-Х», 532
 - физической зависимости, 636–637
 - Шерешевского–Тернера, 532
- Сифилис мозга врожденный, 309
- Слабодушие, 170
- Слабоумие
- лакунарное, 162
 - паралитическое (при прогрессивном параличе), 162

- старческое, 335
- тотальное, 162
- травматическое, 292
- эпилептическое, 163
- Помощь наркологическая, 643—645
- Снохождение, 199, 369, 591
- Сознания нарушения, 200—210
- Сопор
 - интоксикационный, 305
- Состояния пароксизмальные
 - бессудорожные, 368
 - сумеречные, 207
- Спутанность интоксикационная, 360
- Ступор
 - кататонический, 191—192, 194
 - психогенный, 191—192
- Суицид, 624—628

Т

- Терапия биологическая
 - шокотерапевтические методы, 229, 249—250
 - у детей и подростков, 251—253
- Течение
 - волнообразное, 53
 - непрерывное, 53
 - приступообразное, 53
 - прогрессивное, 54
 - регрессивное, 54
 - рецидивирующее, 54
- Тики невротические
 - у детей, 441, 549
- Токсикомания, 678—705
- Трансы (см. Автоматизмы амбулаторные), 207
- Транссексуализм, 500—503
- Трихотилломания, 150, 465

У

- Умственная отсталость (см. Олигофрения), 98, 525—533
 - пограничная, 166, 518
- Уровень расстройств

- невротический, 107
- психопатический, 107—108

Ф

- Фантазирование
 - бредоподобное, 425
 - патологическое, 106, 522, 578
- Фенилкетонурия, 533—534
- Фобии
 - нозофобии, 418, 447
 - фобифобии, 148
- Фототерапия, 251
- Фурии (см. Автоматизмы амбулаторные), 207, 368, 418, 441

Х

- Хронический болевой синдром, 237, 350, 580—583

Ш

- Шизофазия (см. Мышление разорванное), 129, 385
- Шизофрения
 - в позднем возрасте, 394
 - детская, 389—394
 - непрерывнотекущая, 383—385
 - особые формы, 388—389
 - подростковая, 389—394
 - приступообразно-прогрессивная (шубообразная), 387—388
 - рецидивирующая, 386—387
- Шопоголизм (см. Олиомания), 187
- Шперрунг (см. Мышления закурка), 126

Э

- Эйдетизм, 142
- Экспертиза
 - военно-психиатрическая, 95—96
 - судебно-психиатрическая, 96—100

– трудовая, 93

Эмоции

– протопатические, 167

– эпикритические, 167, 169

Эмоциональное реагирование,
169, 171

Эндорфины, 640

Энкопрез невротический, 557–
559

Энурез невротический, 555–557

Энцефалиты, 304–305, 307, 308

Энцефалопатия

– алкогольная Гайе–Вернике,
669, 674–677

– травматическая, 290–291, 294,
295, 296

Эпилепсия

– идиопатическая, 27, 365

– реакции эпилептические, 371

– травматическая, 295, 297

– у детей, 370, 375

Эпидемиология в психиатрии,
40–50

Эпилептический статус, купиро-
вание, 628–629

Эхолалия, 191

Эхопраксия, 191, 193

Я

Яктация, 175

Ятрогения, 359

**Игорь Иванович Сергеев,
Надежда Дмитриевна Лакосина,
Ольга Федоровна Панкова**

Психиатрия и наркология
Учебник

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*
Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*
Корректор: *О.А.Эктова*
Компьютерный набор и верстка: *Д.В.Давыдов*

ISBN 5-98322-498-0



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 24.12.08. Формат 60×90/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Объем 47 п.л.
Гарнитура Таймс. Тираж 3000 экз. Заказ №3397

Издательство «МЕДпресс-информ».
119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3
Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63
E-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ОАО «Типография «Новости»
105005, Москва, ул. Фр. Энгельса, 46

И.И.Сергеев, Н.Д.Лакосина, О.Ф.Панкова

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Учебник подготовлен преподавателями кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета. Его содержание соответствует утвержденной программе по психиатрии и наркологии. Все симптомы, синдромы, диагностические рубрики, закономерности, варианты течения и исхода психических расстройств, вопросы их этиологии и патогенеза, терапии, прогноза и психопрофилактики изложены с позиций сопоставления у взрослых, детей и подростков. Особое внимание уделено психическим расстройствам, наиболее часто встречающимся в общемедицинской практике.

Учебник предназначен для студентов лечебного, педиатрического и других факультетов медицинских вузов.



Серия «Учебная литература»



ISBN 5-98322-498-0



9 795983 224987